Le Progrès Médical

JOURNAL DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE ET DE PHARMACIE

Rédacteur en chef : BOURNEVILLE

Secrétaire de la Rédaction : P. BRICON.

TREIZIÈME ANNÉE

2e SÉRIE

TOME II. — 1885. — DEUXIÈME SEMESTRE

Illustré de 125 figures dans le texte

COLLABORATEURS PRINCIPAUX :

ABADIE (CH.), AIGRE (D.), BALLET (G.), BAR, BARATOUX (J.), BERNE, BITOT (P.), BLANCHARD (R.), BONNAIRE (E.), BOTTEY (F.), BOUTEILLIER (G.), BOUDET DE PARIS, BRISSAUD (E.), BUDIN (P.), CAPITAN (L.), CHABBERT, CHANTEMESSE (A), CHARCOT (J.-M.), CORNILLON (J.), CRUET (L.), COMBY (J.), DAMALIX, DARIER, DEBOVE, DELASIAUVE, DURET (H.), FÉRÉ (CH.), GILLES DE LA TOURETTE (G.), JOSIAS (A.), JOUSSET DE BELLESME, KERAVAL, LANDOUZY (L.), LAVERAN (A.), LELOIR (H.), LIOUVILLE (H.), LOYE, MAGNAN, MALHERBE (A.), MARCANO (G.), MARIE, MAUNOURY (G.), MAYGRIER, MONOD (CH.), MUSGRAVE CLAY (R. de), NAPIAS (H.), PELTIER (G.), PETIT-VENDOL (CH.-H.), PITRES, POIRIER (P.), PONCET (de Cluny), RANVIER, RAYMOND, REGNARD (P.), RENAUT (J.), RICHER (P.), SÉGLAS, SEVESTRE (A.), SIMON (J.), TALAMON (CH.), TEINTURIER (E.), TERRILLON, TROISIER, VIGOUROUX (R.), VILLARD (F.), VOGT (E.), YVON (P.).

CE VOLUME RENFERME, EN OUTRE, DES MÉMOIRES, DES LEÇONS OU DES REVUES

DE MM.

Alvarès, Amidon, Belleli, Belugou, Bois, Boucher, Carron, Casper, Clado, Dagonet, Dubarry, Duplay, Farabeuf, Féris, Galezowski, Gasternatzvy, Grasset, Guillot, Guinon, Joffroy, Leflaive, Le Gendre (P.), Leibowitz, Mabille, Marciguey, Massalongo, Mathieu (A.), Maubrac, Négel, Parinaud, Pennel, Petrescu, Picard (H), Reulos, Rey, Roubinowitsch, Routier, Ruault, Sabourin, Sée (G.), Straus, Suzor, Tartière, Tavel, Thierry, Toussaint, Trélat, Turner, Zaborowski,



PARIS

AUX BUREAUX DU JOURNAL

14, RUE DES CARMES, 14.

Le Progrès Médical

CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIQUES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE. — M. H. LELOIR.

Leçons sur la Syphilis (1);

Professées à l'hôpital Saint-Sauveur.

CINQUIÈME LEÇON (13 février 1885).

SOMMAIRE. — *Chapitre III.— Du chancre syphilitique. Définition.* — Le mot chancre est un mauvais mot. Pourquoi ? Comment le remplacer? Par le mot sclérose initiale ? Je préfère simplement dire que c'est le « premier des syphilômes ». Le chancre n'existe pas dans la syphilis par conception et dans la syphilis héréditaire. On pourrait donner à ces syphilis le nom de syphilis par absorption ou injection directe du virus dans le sang; par opposition avec les syphilis par « inoculation tégumentaire », expression préférable à celle de syphilis acquise. Siège du chancre. Le chancre peut exister en n'importe quel point du tégument externe ou interne accessible à notre investigation, partout où peut se faire l'inoculation.

Nombre. — Description anatomique du chancre. Sa structure. Etude anatomique du chancre typique. Description générale, Schemas. *A*. Structure du syphilome (Induration); — c'est une tumeur composée de cellules embryonnaires. Altérations des cellules plates du tissu conjonctif; elles ne sont pas caractéristiques. — La sclérose vasculaire n'est ni constante, ni caractéristique. — La sclérose du tissu conjonctif n'est ni constante ni caractéristique. En somme l'histologie du premier syphilôme, ne diffère pas, actuellement, d'une façon essentielle, de celle des autres syphilômes, examinés à des périodes correspondantes de leur évolution. — Comparaison avec les papules, les gommes, etc. *B*. Lésions épidermiques de la surface du chancre. — Importance de leur étude. *a*. Lésions de l'épiderme sur les bords du chancre : hypertrophie, hyperkératinisation. *b*. Lésions de l'épiderme au niveau de l'érosion chancreuse : Désagrégation moléculaire, nécrose de coagulation, plus fréquemment « altération cavitaire ». Importance de l'altération que j'ai décrite sous le nom « d'altération cavitaire ». Elle explique les différents aspects cliniques que peut prendre le chancre: chancre ecthymateux, chancre diphtéroïde, chancre rouge, chancre en cocarde, etc. Ces lésions épidermiques sont en partie secondaires à l'action locale du virus.

Du chancre.

Définition. Messieurs, nous allons aborder aujourd'hui l'étude du chancre, première réaction apparente de l'organisme contre le virus syphilitique. Le mot chancre, qui n'est autre chose que la métamorphose française du mot cancer, cancrosus, est un mauvais mot. Cette expression malheureuse est une des causes qui font passer inaperçu si fréquemment le chancre, une des causes nombreuses des syphilis ignorées. En effet le public, les gens du monde, se fondant sur cette expression pensent que le chancre est un ulcère hideux et non pas un simple bobo comme il l'est le plus souvent. Le mot chancre ne correspondant pas à la réalité des faits, quelques auteurs russes (Tarnowsky) et allemands ont proposé de remplacer le mot chancre par l'expression « sclérose initiale ».

Cette définition étant passible de plusieurs objections, car la sclérose est loin d'être constante dans le chancre, je préfère pour ma part et je propose tout simplement la définition suivante : « premier des syphilômes, ou syphilôme primaire. » Il faut noter toutefois que le chancre, exorde obligé de la syphilis acquise (ou par inoculation *tégumentaire*), fait défaut dans les deux formes de syphilis, que par opposition avec la précédente, on pourrait appeler syphilis par *absorption ou injection* du virus dans le sang, je veux parler de la syphilis acquise par conception et de la syphilis héréditaire, formes que nous étudierons plus tard.

Siège du chancre. Ainsi que nous l'avons vu dans le chapitre précédent, le chancre se produira toujours en quelque point du tégument externe ou interne que l'inoculation ait été faite, si cette inoculation a été bien faite. Comme l'a dit Ricord, en fait de vérole, on est puni par où l'on a péché. Donc, le chancre pourra s'observer sur toute l'étendue du tégument externe ou interne accessible à notre investigation. Donc, vous devrez chercher le chancre partout, non seulement aux organes génitaux, non seulement à la bouche, à l'anus, au sein, aux doigts, etc..., mais partout, je le répète, et jusque entre les doigts de pieds, comme je vous en ai cité un exemple curieux.

Messieurs, les chancres génitaux sont de beaucoup les plus fréquents, je n'ai pas besoin de vous dire pourquoi, mais ainsi que vous pouvez le constater dans mon service, les chancres extra-génitaux de la bouche, du sein, etc., etc., sont loin d'être rares. Je dois vous faire remarquer cependant que les chancres du vagin sont exceptionnels. Sur 249 cas de chancres génitaux chez la femme, Fournier n'a constaté qu'une seule fois un chancre du vagin, encore le cas était-il douteux. Par contre, ainsi que l'ont montré Fournier et Schwartz (thèse de Paris, 1873), il ne faut pas oublier que les chancres du col utérin sont assez fréquents. Sur 249 cas de chancres génitaux, Fournier a constaté 13 fois des chancres du col. Je vous ai donné dans la leçon précédente, les raisons probables de cette rareté des chancres du vagin, de cette fréquence relative des chancres du col, que vous pouvez constater dans nos salles.

Nombre. C'est le propre du chancre induré d'être ordinairement solitaire, a dit Ricord. Cependant, il résulte de nos leçons précédentes, qu'il pourra exister autant de chancres qu'il y a eu de portes d'entrée contaminées par le virus, qu'il y a eu d'inoculations. Sur 203 femmes et 456 hommes, en tout 659 cas, Fournier a trouvé :

1 chancre.	475 fois	5 chancres.	5 fois
2 — .	1[illegible]8 »	6 — . .	2 »
3 —	29 »	19	1 »
4 —	9 »		

Il s'agit ici sans doute du cas de Laillier, dont je vous ai déjà parlé. Enfin, Fournier a publié une observation de 23 chancres infectants du sein. Vous avez vu dans ma salle des hommes, un cas de 9 chancres du prépuce et du gland (chancres mixtes, observation n° 56 du registre des hommes), quelques semaines après, vous avez observé un nouveau cas de 10 chancres infectants de la verge chez un sujet qui avait eu la phthiriase (n° 125 du recueil d'observations, hommes). Abor-

(1) Voir *Progrès médical*, nos 11, 12, 16, 17, 20, 21 et 25.

dons maintenant, Messieurs, la description du chancre. Le chancre est une érosion des téguments reposant sur une base plus ou moins indurée. Pour mieux dire, c'est un néoplasme, un syphilome, érosif et parfois ulcéré.

DESCRIPTION ANATOMO-PATHOLOGIQUE. STRUCTURE. — Pour bien comprendre ce qui va suivre il importe, Messieurs, que dès maintenant, je vous décrive l'anatomie et la structure du chancre en général, du chancre typique. L'étude des variétés du chancre au point de vue histologique, sera faite en temps et lieu.

Messieurs, dans l'étude anatomique du chancre nous devons étudier : 1° le néoplasme, l'induration, le syphilôme en un mot ; 2° les lésions variables de l'épiderme qui recouvrent le chancre. Le schéma suivant, analogue, sauf quelques modifications, à celui qu'a fait mon maître le professeur Cornil dans ses belles leçons sur la syphilis, publiées en 1879, vous donne une bonne idée générale de l'anatomie du chancre type. J'ai fait à dessein dans ce schéma, abstraction de la fausse membrane du chancre qui n'existe pas dans tous les cas.

Vous voyez qu'en somme le chancre n'est pas une ulcération à proprement parler « c'est plutôt une saillie papuleuse du derme, car si son centre est déprimé, est légèrement excavé en godet par suite de l'amincissement central de l'épiderme, ses bords sont plus épais, plus saillants que la peau saine avec laquelle il se continue » (Cornil).

Ainsi que l'a bien montré Cornil, la couche cornée (c) de l'épiderme se continue de la partie saine de la peau sur le relief formé par le bord du chancre en (g),

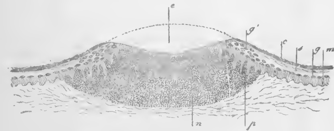


Fig. 1. — Cette figure représente une coupe demi-schématique de chancre infectant. *e*, Erosion chancreuse, constituée par la disparition ou l'altération d'une partie des couches de l'épiderme ; *c*, Couche cornée de l'épiderme ; *s*, Stratum lucidum ; *g*, couche granuleuse ; *g'*. La couche granuleuse est hypertrophiée sur les bords du chancre, en g'. Les prolongements interpapillaires du corps de Malpighi sont également hypertrophiés à ce niveau ; *m*, Corps muqueux de Malpighi ; *p*, Prolongements interpapillaires du corps de Malpighi, allongés et hypertrophiés au niveau des bords du syphilôme primaire (bords de l'érosion chancreuse) ; *n*, Néoplasme. Syphilôme primaire Induration chancreuse. (Siégeant dans la derme et parfois dans l'hypoderme).

puis elle s'amincit lorsqu'on arrive à la dépression centrale (*e*) au niveau de laquelle la couche de Malpighi (*m*) est excessivement amincie ou même disparue. Cette couche de Malpighi s'épaissit au contraire en (*g'*) au niveau des bords du chancre. La couche papillaire présente au niveau des bords du chancre, en (*p*) un épaississement et un allongement des papilles, et au niveau de la dépression centrale, de l'exulcération, un aplatissement du corps papillaire. En (*n*) existe le néoplasme, le syphilôme, siégeant dans le derme.

(*A suivre*).

LABORATOIRE MUNICIPAL. — Un examen pour les emplois de chimiste et expert inspecteur au Laboratoire municipal aura lieu le lundi 6 juillet 1885, à 10 heures du matin. Les candidats devront adresser une demande à la Préfecture de Police (Secrétariat général, service du personnel) en y joignant les pièces nécessaires.

ECOLE DE MÉDECINE DE GRENOBLE. — M. GAGNEU, licencié ès sciences naturelles, est institué suppléant d'histoire naturelle.

PATHOLOGIE EXTERNE

Des sondes et de leurs usages (1).

Par le Dr **Henri PICARD.**

Il est une autre espèce de sonde dont les avantages égalent ceux de la précédente et qui, chez les vieillards mêmes, mérite la préférence. Ce sont les sondes à *béquille*, de *Mercier* ou des *vieillards*, suivant qu'on les désigne par leur forme, le nom de leur inventeur ou leurs usages. Formées d'un tube droit qui se recourbe à un centimètre de son extrémité vésicale, pour constituer le bec, elles sont d'égal diamètre d'un bout à l'autre. Il en existe d'ailleurs une série semblable aux précédentes, graduées sur la filière Charrière et allant du n° 6 au n° 30.



Fig. 2 et 3. — Sondes cylindriques à grande courbure (Gély).

Si les sondes coniques olivaires sont commodes, parce que la flexibilité de leur bec leur permet de cheminer dans les sinuosités du canal, celles-ci offrent l'avantage de mettre, autant que possible, à l'abri des fausses routes, et cela, à cause de la disposition du bec que son angle empêche de buter dans le cul-de-sac du bulbe ou la prostate et relève de telle sorte que sa pointe suit la paroi supérieure de l'urèthre. Aussi, cette sonde convient-elle surtout aux vieillards dont la prostate est grosse et c'est d'elle, en effet, qu'ils se servent d'ordinaire pour se sonder. Son diamètre doit, toutefois, au niveau du bec surtout, répondre au n° 15, de manière à bien déplisser l'urèthre très flasque chez les hommes âgés.

Je dois faire, au sujet de la structure de cette sonde, une remarque importante : c'est que le bec en soit court, de manière à ne pas trop écarter les parois uréthrales et que l'angle qu'il forme avec le manche soit bien arrondi sur sa convexité, de manière à glisser facilement sur la

(1) Voir le *Progrès médical*, n° 26.

paroi inférieure de l'urèthre. Qu'elle ait, en un mot, la forme de la sonde de Leroy d'Etiolles représentée ci-contre avec un bec moins long, à peine un centimètre.

Quelques prostates font en avant de l'orifice uréthro-vésical une saillie si proéminente que le bec de cette sonde n'étant pas assez relevé pour la surmonter et arriver dans la vessie, on est obligé d'avoir recours à la sonde *bi-coudée*. Cette sonde, dont la figure ci-jointe donne une idée plus exacte que toute description, est encore une invention de Mercier. Le double coude du bec le relevant considérablement, lui permet de surmonter la hauteur prostatique sur laquelle il glisse d'autant plus sûrement que ce n'est pas sa pointe, mais la partie s'étendant d'un coude à l'autre qui chemine sur la glande. On aura soin seulement, comme pour la sonde à coude unique, de choisir un numéro un peu fort, 15 ou 16, car il en existe une série semblable.



Fig. 4 et 5. — Sondes cylindriques coniques olivaires à grande courbure.



Fig. 6. — Mandrin flexible au bec duquel on peut donner la forme coudée ou bi-coudée. L'olive de ce bec peut être remplacée par une autre plus ou moins volumineuse. Le curseur conique, mobile sur le mandrin, entre à frottement dur dans le pavillon de la sonde et une vis permet de le maintenir fixe.

Des données anatomiques consignées par Gély (de Nantes) dans ses *études sur le cathétérisme curviligne*, sont nées les sondes à grande courbure. Olivaires cylindriques ou coniques, comme le montrent les figures, leur bec forme un quart de cercle de 9 centimètres de diamètre, pour les urèthres d'enfant, de 10 à 14 pour ceux des adultes ou des vieillards. Ces sondes, relativement faciles à introduire, sont certainement inférieures aux coniques olivaires ou à béquille dans les cas ordinaires et c'est seulement quand on n'aura pu franchir une prostate hypertrophiée avec la sonde coudée ou bi-coudée qu'on devra y avoir recours, et encore faudra-t-il préférer celle à bout complètement mousse qui déplisse mieux le canal.

Telle qu'elle vient d'être décrite, cette sonde peut accrocher la paroi inférieure de la prostate, parce que la pointe n'en est point relevée. Reliquet a obvié à cet inconvénient en coudant le bec en forme de béquille à un centimètre de son extrémité. Cette disposition, certainement avantageuse, dans le cas particulier dont il s'agit, en rend, il ne faut pas se le dissimuler, le passage plus difficile dans la portion libre de l'urèthre.



Fig. 7. — Sonde à bout coupé.

Fig. 8. — C[illegible] sur conducteur. Sur une bougie filiforme à laquelle est attaché un fil de soie, on conduit une sonde percée par les deux bouts.

Fig. 9. — [illegible] bougie à bout [illegible]

Fig. 10. — Cathétérisme à la suite. Sur une bougie filiforme, on glisse une bougie ou une sonde qu'on pousse à sa suite dans la vessie où la bougie filiforme se replie.

D'un autre côté, avec le mandrin représenté ci-contre le praticien pourra, pourvu qu'il possède une sonde à béquille, lui donner la forme bi-coudée, curviligne ou courbe à béquille. On voit en quoi consiste ce mandrin. C'est une tige de laiton [illegible], flexible ; sur la poignée glisse un cône de même métal qui entre à frottement dur dans le pavillon de la sonde où il se fixe solidement. La pointe se termine par une olive plus ou moins volumineuse qui remplit le bec de cette même sonde. Il est clair que pour obtenir une sonde bi-coudée, il suffira d'introduire ce mandrin dans

une sonde à béquille en lui faisant former un second coude et que, pour avoir une sonde courbe à béquille, on n'aura qu'à plier le mandrin de manière à ce qu'il décrive un cercle de 9 à 14 centimètres de diamètre, suivant l'âge du malade et le volume de la prostate.

Certaines sondes en gomme élastique ont une destination tout à fait particulière et spéciale à laquelle on a fait tout concourir dans leur structure. Telle est la sonde à bout coupé qu'on laisse à demeure, comme je l'ai dit, dans l'uréthrotomie interne. Après cette opération, on la glisse dans la vessie au moyen du *cathéthérisme sur conducteur;* c'est-à-dire qu'une bougie fine étant introduite dans l'urèthre et une tige métallique de même diamètre vissée sur son extrémité externe, on la fait passer dans l'intérieur de la sonde qu'on pousse jusqu'à la vessie. La bougie filiforme, surmontée de la tige métallique, peut être remplacée par un fouet en gomme élastique de même diamètre. Il est possible encore, comme je l'ai dit dans mon article sur les bougies, de remplacer la tige métallique par un solide fil de lin qu'on attache sur l'extrémité externe de la bougie et qu'on passe dans l'intérieur de la sonde coupée. Je ne ferai que rappeler le *cathétérisme à la suite* dont j'ai parlé à propos des bougies. Il consiste à visser sur une bougie filiforme, munie d'un pas de vis à son extrémité externe et introduite tout entière dans l'urèthre, une sonde conique, terminée à son extrémité vésicale par un pas de vis s'adaptant sur le précédent. Pour arriver dans la vessie, il suffit de pousser l'une sur l'autre. J'ai dit, et c'est exact, que les bougies étaient des instruments destinés au traitement des maladies de l'urèthre. Il existe cependant une *bougie mixte,* une sorte de *sonde-bougie,* la *bougie à boule percée* au sommet de la boule. Avec elle, on peut explorer l'urèthre et comme son tube est assez volumineux pour laisser passer une petite quantité d'urine, il permet de mesurer exactement sa longueur. Malheureusement, l'étroitesse de son conduit ne la rend que médiocrement utile pour vider la vessie, à moins qu'on ne se serve d'un numéro très élevé, aussi ne l'emploie-t-on que pour pratiquer des instillations intra-uréthrales.

Je ne m'étendrai pas sur les sondes à double courant, parce qu'elles ne donnent pas de résultats très avantageux, malgré la perfection avec laquelle on les fabrique aujourd'hui. Très fines et très souples, en effet, courbes, coudées ou bi-coudées, elles ont leurs conduits d'aller et de retour assez larges pour permettre l'écoulement des liquides et, malgré cela, leur fonctionnement laisse beaucoup à désirer.

Il n'en est pas de même des sondes en *caoutchouc vulcanisé* ou en *caoutchouc rouge.* M. Vergne, dont les sondes en gomme élastique résistent si longtemps à l'action désorganisatrice exercée sur elles par l'urine, a encore perfectionné ces dernières. Il est parvenu, tout en leur conservant leur solidité et leur souplesse primitives, à élargir leur canal et même à leur donner la forme en béquille qui facilite leur pénétration dans l'urèthre. Ces sondes que l'urine désorganise si difficilement offrent cet avantage précieux de posséder une souplesse incomparable qui permet aux malades de se mouvoir sans difficulté, quand on les laisse à demeure.

Je ne dois pas terminer cet article sans dire un mot de la sonde pleine. Cet instrument, tiré de l'oubli où il était laissé depuis sir William Fergusson qui s'en servait il y a longtemps, est un cathéter plein d'acier ou de maillechort, absolument semblable à la sonde exploratrice décrite au commencement de cet article. Plein, il ne peut laisser entrer ni sortir les liquides, mais lourd il transmet le choc avec plus de netteté et d'intensité.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Recherches sur l'évolution du bacille virgule du choléra ;

Par E. DOYEN.

Présenté à la Société anatomique, le 19 juin 1885.

Les récentes publications du Dr Ferran nous ont engagé à vérifier sur nos cultures, que nous avons continuées sans interruption depuis le mois de novembre dernier, le mode de développement du bacille virgule de Koch.

M. Ferran a constaté, en cultivant le bacille virgule dans du bouillon à 37° et en ajoutant à cette culture, au bout de 4 à 6 heures, une quantité égale de bouillon stérilisé additionné de bile de porc, l'apparition de formes nouvelles. Il a observé des filaments flexueux portant à leur extrémité ou sur leur trajet une sphère (oogone-cellulemère) de 5 à 6 μ de diamètre. Près de cette sphère, il en existe souvent une plus petite (pollinide, polinode, élément fécondateur mâle), destinée à féconder l'oogone. Celle-ci éclate alors et met en liberté dans le liquide des granulations de 0,5 μ à 4 à 5 μ qui s'accroissent, prennent l'aspect de corps mûriformes et lancent tout à coup, par un point de leur circonférence, un filament délié, presque invisible au point où il adhère au corps mûriforme. Ce filament se contourne en spirale et donne naissance, par segmentation, aux formes incurvées simples décrites par Koch. Ces formes arrondies seraient les formes stables du bacille virgule.

M. Babès (1) a observé dans les bacilles virgules, alors qu'il les étudiait, de concert avec nous, au laboratoire de M. le professeur Cornil, des points plus colorés, et a fort bien décrit le mode de segmentation de ces organismes. Il a vu dans les cultures sur l'Agar-Agar des formes plus petites — de 0,5 μ à 0,7 μ de longueur, mais présentant toujours, sur un de leurs côtés, une certaine concavité. — M. Babès émet l'hypothèse de cils terminaux, en raison des mouvements en tourbillon souvent observés dans le liquide. Les cultures qui se développent lentement présentent des formes allongées en spirille et souvent enchevêtrées.

Le Dr Pétrone (2) admet que les virgules de Koch ne sont que des articles séparés, mûrs, d'un filament contourné en hélice. Il a vu aussi se détacher à l'une de leurs extrémités un petit segment de protoplasme arrondi qui, mis en liberté, représente un coccus très mobile et parfaitement rond.

M. Van Ermengem (3) a signalé dans les cultures sur divers milieux, notamment dans la pellicule qui recouvre à un certain moment la gélatine liquéfiée, la présence d'une quantité de petits points inégalement colorés, à contours irréguliers et de volume variable. On trouve parmi eux quelques virgules et des formes en S. L'auteur admet que ces granulations pourraient bien n'être que des particules organiques n'ayant aucun rapport au point de vue de leur origine avec les bacilles du choléra.

M. Ermengem a observé quelques-unes des formes décrites par Ferran, notamment des corpuscules arrondis ou piriformes, situés sur le trajet ou à l'extrémité des spirilles, parfois libres et présentant un court prolongement. Ces éléments périssent par la dessication et sont facilement détruits par les agents germinicides, ce qui les différencie nettement des spores endogènes proprement dites.

M. Ceci, de Gênes, a dit avoir découvert une période

(1) *Archiv. de Virchow,* janvier 1885.
(2) Sul. Cholera. *Gaz. degli ospitali,* novembre 1884.
(3) *Recherches sur le microbe du choléra asiatique.* Paris et Bruxelles, 1885.

de sporulation du bacille virgule. L'apparition de ces spores serait favorisée par l'âge des cultures et l'abaissement de la température. Dans des cultures pures sur Agar-Agar, il ne trouvait plus ni virgules, ni spirilles, mais seulement des petits éléments sphériques, des coccus arrondis, parfois disposés suivant une ligne spirale. En ensemençant un tube avec ces cultures, il a obtenu, à l'état de pureté, des bacilles virgules. Ces spores, portées à 34° et mélangées à du sable stérilisé, deviennent stériles.

M. Buchner (1) a signalé des formes monstrueuses variées dans les cultures additionnées d'une certaine quantité de sucre.

M. Klein (2) a vu des virgules se dilater et prendre l'aspect de corpuscules plan-convexes ou circulaires. Nous avons depuis longtemps remarqué dans les cultures, au bout de 8 ou 10 jours, ces petites formes arrondies, décrites par Babès, Pétrone, Van Ermengem et Ceci. Nous les prenions autrefois pour des microcoques, sans trop nous expliquer comment des tubes fermés depuis leur ensemencement pouvaient devenir aussi impurs. Jamais nous n'y rencontrons de bactéries communes ou de moisissures. Ces dernières, cependant, auraient dû pénétrer dans l'intérieur de quelques tubes, aussi bien que ces coccus que nous y observions communément. Nous avons analysé, par la méthode des cultures sur plaques, le contenu des tubes remplis de coccus. Les plaques n'ont présenté que des colonies de bacilles virgule. En examinant le contenu de tubes anciens, complètement liquéfiés, nous avons observé, dans le dépôt inférieur, certaines des formes décrites par Ferran et Van Ermengem. L'observation méthodique d'un grand nombre de cultures nous a permis de suivre, pas à pas, l'évolution du bacille virgule. Nous avons, à cet effet, examiné le contenu de 20 tubes environ, ensemencés depuis un temps variant de quatre mois à quelques heures. Les formes les plus jeunes du bacille virgule ont été étudiées sur des plaques de gélatine, faites avec une culture assez diluée pour n'obtenir que des colonies fort éloignées les unes des autres. Comme technique nous prenons, au bout d'une aiguille de platine stérilisée, une parcelle de la culture à examiner. Nous l'étalons sur une lame de verre. Au moment où la petite couche de liquide prend un aspect terne, par suite de la dessication, c'est-à-dire au bout de une à deux minutes, nous la recouvrons d'une goutte d'une solution aqueuse, très diluée, de violet 6 B., puis d'une lamelle. La préparation est aussitôt examinée à l'aide d'un objectif homogène (1/12e de Zeiss — 1/20e de Verick) et de l'éclairage Abbé. Tous les micro-organismes se colorent en violet; quelques-uns sont immmobiles. La plupart se présentent à l'observateur à l'état de vie, ce qui permet d'étudier leurs mouvements et leurs transformations.

On peut rendre les préparations persistantes en les lutant avec soin avec une solution de Baume du Canada sec dans le chloroforme.

1° *Plaque de gélatine de 24 heures.* — Les colonies se présentent sous forme de taches arrondies, blanchâtres, de quelques dixièmes de millimètre de diamètre, au fond d'une petite dépression en cupule. On n'y observe que des virgules types et de petits éléments incurvés, plus courts que les virgules, souvent adhérents à l'extrémité de celles-ci. Nous n'avons pas à nous étendre sur ces faits, qui ont été constatés d'abord par Koch, et depuis par bien des observateurs. On peut suivre le mode de développement du bacille virgule. On le voit en quelques heures s'allonger, se recourber légèrement en S, puis s'étrangler à l'union des deux virgules, qui se séparent et jouissent dès lors d'une individualité distincte (*fig.* 1).

2° *Plaque de gélatine de 48 heures.* — Les colonies prennent leur aspect pathognomonique. La cupule s'élargit. La tache centrale se diffuse peu à peu, et la colonie se trouve constituée par une petite cupule présentant une zone centrale blanchâtre, une zone moyenne d'aspect grisâtre (examen à la lumière directe). La périphérie offre l'aspect d'un étroit anneau, constitué par la zone moyenne condensée. A la lumière réfléchie, la zone centrale arrondie est opaque, et la zone moyenne est plus claire que la zone périphérique. Ces trois zones sont uniquement constituées par des bacilles virgules, en couche plus compacte au centre, et déterminent, par suite de leur développement, l'extension de la cupule et la liquéfaction de la gélatine de proche en proche. La colonie, à ce moment, présente, en outre des virgules en segmentation, quelques spirilles ébauchées (*fig.* 1, v.).

3° Si nous examinons la même plaque à la fin du troisième jour, nous remarquons que plusieurs colonies se sont confondues. La liquéfaction est très avancée, et à la surface des points liquéfiés existe une pellicule analogue à celle qu'on observe dans les tubes de gélatine, au bout de quelques jours. L'examen de cette pellicule y démontre (*fig.* 2) une grande quantité de virgules, et aussi des spirilles en grand nombre. On y voit peu d'organismes en voie de segmentation. Quelques bacilles virgules ou quelques formes en S présentent des points plus clairs, comme les a fort bien décrits M. Babès, et d'autres portent soit sur leur partie convexe, parfois sur leur concavité, soit à leur extrémité, une petite granulation plus colorée par le

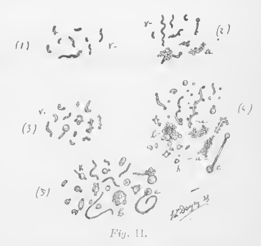


Fig. 11.

violet que le bacille lui-même, de volume d'abord très petit (à peine 0,1 μ) et pouvant plus tard s'accroître beaucoup en diamètre. Ces granulations sont assurément celles qui ont été observées par Pétrone (voir plus haut). Parfois elles deviennent libres. Plus souvent elles augmentent de nombre, au point de se substituer au bacille virgule qui disparaît peu à peu, pour faire place à un amas plus ou moins incurvé, plus ou moins volumineux ou irrégulier de ces éléments. On observe parfois (*fig.* 2), un de ces petits amas où l'on peut distinguer des débris ou des vestiges de bacille virgule. Les corpuscules arrondis, soit en amas, soit libres dans le liquide, présentent une coloration bien moins intense qu'au début de leur formation, alors que le bacille virgule en est hérissé.

4° *Culture ensemencée le 7 mai. Examinée le 9 juin.* (*Culture de 33 jours*). — Une parcelle de la pellicule qui recouvre la gélatine liquéfiée montre (*fig.* 3), des bacilles virgule augmentés de volume, renflés et déformés. Il persiste des virgules et des spirilles typiques, mais toujours ces formes, dans les cultures anciennes, sont plus volumineuses, moins grêles que dans les cultures récentes. (Ce fait s'observe pour bien d'autres micro-organismes, notamment dans les cultures des microcoques). Beaucoup d'entre eux sont hérissés de petites boules, souvent assez volumineuses et siégeant souvent à leur extrémité, qui semblent n'adhérer à la sphère que par un point grêle et rétréci. Dans le liquide, beaucoup de ces sphères sont libres. Le diamètre des sphères libres (*fig.* 3), varie beaucoup (de 0,1 μ à 4 à 5 μ).

5° Même culture. Examen du dépôt qui se trouve au fond

(1) *Soc. Méd. de Munich*, 13 janvier 1885.
(2) *Brit. med. J.*, 14 février 1885.

du tube (*fig.* 4). Profondément, on ne trouve ni les bacilles gonflés ni les formes normales que nous avons rencontrées dans la pellicule superficielle. Dans notre préparation, où tous les organismes sont doués de mouvement, on observe surtout une quantité de virgules ou de spirilles fort pâles, hérissées de petites granulations plus colorées. Ces virgules sont souvent gonflées, déformées, présentent une extrémité plus foncée, tandis que l'autre porte une petite sphère bien distincte. Parmi les sphères de tout volume, libres dans le liquide, beaucoup sont accolées entre elles. Souvent une grosse sphère en présente à sa surface 1, 2, 3, plus petites, en général plus colorées que la grosse. Souvent ces sphères existent sous formes d'amas, pour présenter l'aspect que nous avons déjà décrit plus haut (*fig.* 2 et *fig.* 4, *a*) ou bien celui de corps mûriformes (*fig.* 4 et *fig.* 5, b). Les granulations libres se présentent souvent sous forme d'une virgule toute petite, presque incolore, avec un point un peu plus foncé à chaque extrémité. Quelques-unes sont irrégulières et présentent deux ou trois angles mousses (*fig.* 4, h.) plus colorés que le reste de la granulation.

6° Culture sur l'agar-agar du 9 mai. Examinée le 17 juin (cult. de 39 jours). On retrouve ici toutes les formes décrites plus haut. Toutefois, on ne voit que rarement des bacilles hérissés de granulations. Ce sont, soit des spirilles plus ou moins allongées et irrégulières, soit surtout des granulations libres de volume variable, groupées deux à deux, etc., etc. (*fig.* 5). Dans cette culture et dans la précédente, nous avons observé des bacilles de longueur variable, présentant comme les bacilles à *oogone* de Ferran, une sphère à l'une de leurs extrémités. Un de ces bacilles (*fig*, 4, *e*) présentait une partie centrale claire, et deux extrémités foncées à chacune desquelles adhérait légèrement une petite sphère. Souvent la partie de la sphère qui adhère au bacille est plus colorée (*fig.* 5, *e*). Parfois une de ces sphères présente un court bacille à l'un de ses pôles, et à l'autre une sphère toute petite et fort colorée (*fig.* 5, k.)

Quelle est la nature de ces granulations ? Nous avons vu que Ceci et Van Ermengem ont obtenu, en ensemençant ces granulations, des cultures pures de bacille virgule. [illegible] observé le même fait. Les cultures étaient donc [illegible] pures ; mais rien dans cette expérience de contrôle ne prouve que les granulations observées soient fertiles. Nous avons fait à ce sujet l'expérience suivante :

1° Une parcelle fort minime d'une culture âgée de 3 à [illegible] est ensemencée dans un tube de gélatine liquéfiée à la température de 35°. Une parcelle de cette gélatine [illegible] pendant quelques secondes, sert à ensemencer un [illegible] qui, après agitation, est versé sur une plaque de verre stérilisée.

2° La même expérience est faite, en passant par le même [illegible] de gélatine avec cette différence que la culture ensemencée est une culture âgée de 4 mois, et que la parcelle ensemencée dans le premier tube est assez volumineuse. Au bout de 48 heures, on observe sur la première plaque [illegible] 100 colonies, tandis que la seconde n'en montre que [illegible]. La culture qui a servi à ensemencer cette dernière contient une quantité prodigieuse de granulations, sphères, etc., etc.. que nous avons décrites. On y retrouve de très rares bacilles virgules (voir nos examens de culture, 4e 5e et 6e).

Nous sommes bien forcés de conclure de ces faits que les éléments arrondis, etc., sont restés stériles et que les seuls éléments capables de se reproduire sont les virgules et les spirilles, avant la production des formes arrondies, simples phénomènes d'involution, de destruction du bacille virgule.

M. le Dr Virchow, à la conférence sanitaire de Berlin, M. le Dr Koch avaient déjà émis l'opinion que les formes observées par M. Ferran n'étaient que les formes d'involution du bacille virgule. L'étude que nous avons faite de l'évolution de cet organisme concilie tous les faits observés isolément par divers expérimentateurs : Babès, Van Ermengem, Ceci, Pétrone. Ferran, etc.

Nous croyons toutefois avoir fait faire à la question de la morphologie du bacille-virgule un certain progrès en étudiant méthodiquement son évolution et surtout les formes constituées par ces bacilles hérissés de granulations arrondies, formes intermédiaires entre le bacille-virgule de Koch et les granulations, sphères, oogones, décrits par d'autres auteurs.

M. le Dr Ferran a observé ses cultures sans coloration. Ce procédé est aussi défectueux que celui qui consiste à examiner les cultures colorées, mais après dessication. Le bacille virgule est, en effet, de ceux qui résistent le moins à la sécheresse. L'air chaud, même l'air sec à 25° le ratatine, le rend méconnaissable et le tue en quelques instants. Les préparations desséchées et colorées ne donnent donc pas d'images précises. Le mieux certes est d'associer aux avantages de la coloration celui d'observer le bacille virgule vivant et mobile.

M. Ferran décrit le développement du bacille virgule dans des cultures dans le bouillon; son bouillon est peu nutritif et il l'additionne de bile. Or, dans le bouillon, c'est au bout d'une heure ou deux, à peine, qu'on observe les formes typiques du bacille virgule en pleine période de développement. On sait que les cultures marchent incomparablement plus vite dans le bouillon que dans les milieux solides. Une culture dans le bouillon, au bout de deux heures, est déjà très ancienne au point de vue de l'évolution du microbe ensemencé, alors que sur les plaques de gélatine, ce microbe est au contraire tout au début de son développement. L'interprétation qu'a faite le Dr Ferran des formes arrondies observées dans ses cultures est donc tout à fait défectueuse. Son bouillon, au bout de 24 heures, contient en majeure partie les formes d'involution du bacille virgule. Il nous a semblé bien plus logique d'étudier l'évolution du microbe dans un milieu solide où le développement est bien plus lent, et partant l'observation plus facile. Le moment précis où l'on observe les formes de développement est celui où ce développement est en pleine activité. Cette période, nous la trouvons précisément sur les plaques de gélatine, à l'époque où les colonies, qui ont chacune pour point de départ *un seul* bacille-virgule, commencent à poindre. Les formes observées par Ferran et décrites par lui comme des formes de développement, ne s'observent au contraire que dans des cultures anciennes. Le bacille virgule est aérobie. Il subit les phénomènes d'involution quand le pouvoir nutritif de la gélatine est épuisé, et surtout au fond du tube à culture là où ne pénètre plus l'oxygène, arrêté par la pellicule superficielle. Quant à la projection du filament, observée par Ferran, ainsi que la rupture de l'oogone, fécondée par le polinode, il nous semble bien extraordinaire que l'auteur ait pu ainsi découvrir tout à coup des faits si extraordinaires, en se servant d'une technique fort imparfaite, alors que tant d'autres auteurs et Koch en première ligne, à l'aide de méthodes perfectionnées, n'avaient observé rien de semblable.

Nous n'insistons pas à dessein sur la sporulation du bacille virgule que Klebs et Ceci ont cru découvrir à Gênes. Leurs spores ne sont que les granulations dont nous avons décrit le mode de formation. D'ailleurs, justice est faite depuis longtemps de cette théorie. Les spores de Klebs et Ceci ne résistent pas plus que le bacille virgule et la dessication; elles diffèrent, comme l'a bien montré Van Ermengem, des spores endogènes des bactéries, sous bien des rapports. D'ailleurs, l'étude que nous avons faite du mode de production de ces corpuscules arrondis démontre qu'ils naissent à la surface et non pas dans l'intérieur du bacille-virgule. Nous compléterons d'ici peu nos recherches par de nouvelles expériences.

Nous ajouterons à cette communication que, de concert avec notre ami le Dr Chantemesse, nous avons pratiqué une longue série d'expériences sur les animaux.

Les injections intra-duodénales nous ont donné des résultats assez médiocres, et qui même nous permettent de mettre en doute que les cobayes tués si facilement par M. Rietsch et Nicati, par Ceci et Van Ermengem soient bien morts du choléra. Bien au contraire, l'expérience de

Koch, qui lui-même n'était pas satisfait des injections dans l'intestin grêle, nous semble beaucoup plus concluante. Nous reviendrons d'ici quelque temps sur ces faits. Une particularité toutefois nous semblait étrange dans le procédé de Koch, c'est la nécessité d'injecter de la teinture d'opium dans le péritoine des cobayes, après l'ingestion du bacille-virgule. Pourquoi cet opium? Nous avons opéré de la même façon en remplaçant la teinture d'opium par du chlorhydrate de morphine ou par de l'extrait aqueux d'opium en solution dans l'eau distillée. Les cobayes ainsi traités ont survécu. Instituant alors une série d'expériences variées, nous avons constaté qu'on peut impunément injecter dans le péritoine d'un cobaye 0,04 centigrammes de chlorhydrate de morphine ou bien 0.33 centigr. d'extrait d'opium ; on peut même aller à 0,06 ou 0,08 centigr. de morphine sans provoquer même une somnolence marquée. Au contraire, l'injection péritonéale d'un centimètre cube d'alcool à 56° par 200 grammes du poids de l'animal, le plonge quelques instants après dans la résolution. Cet état dure souvent une heure et même plus. L'injection sous-cutanée d'une même quantité d'alcool produit le même effet, mais un peu moins rapidement.

De cette analyse de l'expérience de Koch, nous concluons donc, sous toutes réserves, que, dans l'injection péritonéale de teinture d'opium, c'est l'alcool et non l'opium contenu dans la teinture qui nous paraît rendre l'animal sensible à l'action pathogène du bacille virgule. Nous continuons en ce moment nos expériences d'inoculation et serons bientôt en mesure d'en faire connaître les résultats.

Nous avons répété sur des cobayes les expériences du Dr Ferran. L'injection sous cutanée de 2, 3, 4 centimètres cubes d'une culture pure ne produit aucun autre résultat qu'un peu de gêne momentanée dans la démarche de l'animal (l'injection est pratiquée dans les cuisses). L'injection dans les veines ou dans le péritoine ne réussit pas mieux à donner le choléra ; il est indifférent d'employer pour ces injections une culture récente ou bien une culture ancienne ne contenant plus guère que les éléments décrits par Ferran. Il nous semble d'ailleurs phénoménal et contraire à tous les faits observés que le virus cholérique puisse agir par injection sous-cutanée, et nous ne pouvons que mettre en doute la présence du bacille-virgule de Koch dans la diarrhée des sujets (hommes ou cobayes) qui ont subi l'injection de Ferran.

Le contrôle de ces faits est d'ailleurs aisé pour celui qui possède à fond les méthodes de culture sur les milieux solides : il suffit d'assister à une inoculation préventive du Dr Ferran, et d'analyser sur des plaques de gélatine, au point de vue des différentes espèces de microbes qu'on y peut rencontrer ; 1° le liquide injecté ; 2° le sang du sujet inoculé, à l'époque où Ferran y rencontre ses coccus (germes du bacille virgule) ; 3° la diarrhée du même sujet.

Les colonies du bacille du choléra asiatique sont assez caractéristiques pour ne pas être confondues avec celles d'une autre espèce.

Nous nous bornerons donc à croire, jusqu'à preuve du contraire, que le Dr Ferran inocule à ses sujets, comme l'ont écrit plusieurs auteurs, une septicémie bénigne, et nous refusons de reconnaître à ses inoculations aucune autre influence utile que celle de relever le moral des populations effarées.

Nous compléterons la communication précédente par l'énoncé des résultats que nous avons obtenus depuis huit jours et présentés le 27 juin devant la Société de Biologie.

L'inoculation du bacille virgule, par la méthode de Koch, réussit tout aussi bien en substituant la teinture d'opium, l'alcool à 52° ou 54° centesimaux.

Les cobayes meurent en 12 ou 24 heures avec de l'algidité, des crampes, de l'hypothermie; quelques-uns ont présenté de la diarrhée. L'intestin fourmille de bacilles virgules.

Les cobayes survivent souvent quand le coma déterminé par l'action de l'alcool n'a pas été suffisamment marqué.

Nous avons en vain tenté de déterminer mêmes accidents en employant les plus fortes doses d'extrait d'opium ou de chlorhydrate de morphine en solution aqueuse ; ces cobayes n'ont même pas éprouvé de somnolence.

Ayant remarqué que l'ingestion stomacale d'une certaine dose d'alcool plongeait rapidement, de même que l'injection péritonéale, le cobaye dans un état d'ivresse voisin du coma, nous avons tenté de déterminer le choléra chez ces animaux en supprimant l'injection péritonéale.

Après plusieurs essais infructueux, nous avons déterminé la mort en injectant dans l'estomac, par 100 gr. du poids de l'animal, 1 cc., 8 d'alcool à 40°, contenant en dissolution, 5 0/0 de carbonate de soude, 40 minutes après, nous faisons pénétrer dans l'estomac une culture de bacille virgule.

Des fragments du foie et du rein des animaux morts du choléra, ensemencés aussitôt après la mort, nous ont donné sur la gélatine des cultures de bacille virgule, joint à quelques autres microbes. Ces faits confirment ceux que nous avons sigdalés dans la séance du 13 décembre.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Des Dispensaires de la ville de Rouen.

Il y a plus d'un an, le *Progrès médical* consacrait un bulletin à la description du système de dispensaires inauguré par la ville de Rouen et destiné à substituer à l'ancien service médical du bureau de bienfaisance un service d'assistance plus régulier, plus complet, capable, par son aménagement matériel et son mode de fonctionnement, d'assurer à tous les indigents les soins variés et délicats que jusqu'alors ils ne pouvaient trouver hors de l'hôpital, même quand ils n'avaient d'autre motif de quitter leur logis et leur famille que l'impossibilité d'ajouter à leurs charges ordinaires la charge d'un traitement dispendieux. On connait l'installation et le mécanisme du dispensaire de Martainville, l'expérience a permis d'y apporter quelques améliorations et permettra surtout d'apporter des perfectionnements aux autres créations que comporte la réalisation du projet dans son ensemble. Aujourd'hui nous exposerons, seulement au point de vue médical, les résultats d'une année de fonctionnement; le défaut de documents exacts et le manque de compétence nous obligent, pour l'instant, à laisser de côté les questions budgétaires; sur ce point, d'ailleurs, les renseignements que nous possédons sont la reproduction de ceux que le Dr Foville apportait récemment à l'Académie de médecine sur le modique prix de revient des traitements dans les dispensaires.

Les résultats qu'on peut exiger pour apprécier une institution de ce genre sont de deux ordres : les uns se rapportent à l'importance et au nombre des actions médicatrices dans un temps donné, au chiffre des malades et à la nature des maladies qui en ont été l'objet; les autres aux effets obtenus dans la santé publique, comme la diminution dans la mortalité des enfants, l'atténuation de certaines maladies héréditaires et constitutionnelles. Personne n'oserait sérieusement réclamer des indications précises à ce sujet, après un laps de temps aussi court et quand la nouvelle organisation n'est encore en vigueur que dans une partie de la ville, bien que ce soit dans la circonscription la plus populeuse. Cependant, deux années d'observation journalière nous ont conduit à cette conviction : que ces effets, inappré-

ciables de longtemps par la statistique, sont dès maintenant réels. Nous n'en citerons comme exemple que ces nombreux enfants atteints de syphilis héréditaire, que nous voyons renaître par nos soins; que cette foule de scrofuleux en imminence de tuberculisation ou de quelque affection qui les ferait échouer à l'hôpital, et qui, depuis l'origine, nous forment un fond de clientèle de jour en jour plus fidèle. Que devenaient ces enfants avant qu'on leur ouvrît un établissement d'assistance médicale externe, où ils retrouvent toujours le même médecin qui les observe, les suit, surveille l'exécution de leur traitement, où on leur délivre tous les médicaments utiles, où ils viennent à heure fixe renouveler leurs pansements, subir des électrisations, prendre leurs bains ou leurs douches, etc.? Ils attendaient tant bien que mal, trop nombreux pour trouver tous place à l'hôpital, pas encore assez malades pour qu'on y reçût quelques-uns d'entre eux. Nous prenons ces exemples parmi les enfants, nous en citerions d'aussi frappants choisis parmi les adultes et particulièrement parmi les femmes. Au surplus, l'exposé que nous pouvons faire du nombre et de la variété de nos actions médicatrices, démontrera nettement combien doit être salutaire une assistance médicale extra-hospitalière solidement organisée.

C'est à notre avis une erreur de prétendre que le dispensaire puisse suppléer l'hôpital; non, tant qu'il y aura des logements insalubres, tant qu'il y aura des indigents, tant qu'il existera des maladies dont la nature exige un outillage et des soins spéciaux, la clientèle hospitalière sera irréductible, on y trouvera seulement peu à peu moins de ces victimes de « la maladie par défaut de soins ».

On ne saurait donc, de nos jours, rêver mieux que l'hôpital pour toute une catégorie de malades; ce n'est pas dire qu'il soit suffisant comme moyen d'assistance médicale, puisque au dehors il laisse sans secours plus de malades qu'il n'en abrite. Ceux-là, il est vrai, ne sont pas immobilisés par leur affection, ils peuvent encore circuler, travailler; mais, nous-mêmes gardons-nous notre chambre toutes les fois que nous nous soumettons à une prescription? N'y a-t-il pas dans la classe aisée peut-être les 4/5 des valétudinaires qui sont en cours de traitement tout en continuant leurs occupations journalières? Il faut bien admettre que chez les indigents il y a aussi d'autres malades que ceux qu'on alite; pourquoi ne leur donnerait-on pas toutes les facilités pour se soigner régulièrement, et tous les bénéfices d'un traitement suffisamment précoce? Là est la raison d'être des dispensaires, c'est dans cet esprit qu'ils ont été conçus par les instigateurs. Pourtant, dans la pratique, leur action s'étend beaucoup plus loin, ainsi que l'établissent certaines observations que nous allons faire connaître.

Pendant l'année 1884, au dispensaire de Martainville, avant qu'une consultation auxiliaire n'y fût encore organisée, le nombre de malades inscrits a atteint 4,431 et celui des consultations s'est élevé à 12,632. Ce total annuel répond à une moyenne journalière fort élevée, aussi étions-nous arrivés à prolonger la consultation chaque matin pendant trois heures; ce temps aurait été encore insuffisant si l'examen de tous les malades anciens n'avait été singulièrement simplifié par l'institution d'un système de fiches qui tiennent le médecin au courant de toutes les observations et prescriptions passées dès qu'ils se présentent de nouveau à lui. Parmi ces derniers, beaucoup sont restés en cours de traitement pendant une partie de l'année, et si le chiffre des consultations ne s'élève pas plus relativement au chiffre des inscrits, c'est que beaucoup aussi, venus pour des affections légères, ne sont passés devant le médecin qu'une ou deux fois. — Il ne faudrait pas croire que les inscriptions pussent se trouver accrues par l'admission d'un certain nombre de quémandeurs habitués à s'approvisionner dans les pharmacies du bureau de bienfaisance; dès le début, des mesures sévères furent prises pour éviter cet envahissement et pour que rien ne fût accordé sans le contrôle et l'assentiment du médecin. D'ailleurs, si la signification des chiffres précédents ne paraissait pas assez précise, on n'en pourrait objecter autant sur ceux qui déterminent la morbidité dans la clientèle du dispensaire : 6,198 maladies et affections diverses ont éte observées à la consultation. Il serait trop long d'entrer dans quelques détails au sujet de ces dernières; néanmoins, pour justifier ce que nous disions plus haut, nous signalerons parmi les maladies qui semblaient devoir peu s'accommoder du traitement au dispensaire, un grand nombre de maladies aiguës, telles que pneumonie, rougeole, scarlatine, etc., et surtout chez des enfants en bas âge, que les mères apportaient soigneusement dans leurs bras.

Notre action auprès des malades ne s'est pas bornée à des prescriptions pharmaceutiques. Dans le cours de l'année, 276 opérations ont été pratiquées, la plupart rentraient dans la petite chirurgie, quelques-unes plus importantes ont nécessité l'emploi du chloroforme; 1,085 malades sont venus subir des pansements au dispensaire, chacun pendant une période plus ou moins longue; 18 ont été soumis à des séances répétées d'électrisation; enfin, malgré l'insuffisance de notre première installation, 612 malades ont pu suivre un traitement hydrothérapique ou balnéaire. Pour compléter ces documents qui permettent d'apprécier la nature et l'importance de l'assistance médicale dans le seul dispensaire de Martainville, et dès son inauguration, nous ne saurions passer sous silence les moyens d'action dont nous disposons en faveur des enfants en bas âge. Dans cette catégorie de malades, nous trouvons avant tout des victimes d'une mauvaise alimentation; pour eux, nos ressources thérapeutiques auraient été souvent nulles si une Société de dames patronesses n'avait eu la généreuse initiative de nous approvisionner chaque jour d'une certaine quantité de lait provenant directement d'une ferme. Pendant les onze derniers mois de l'année, 512 enfants ont été admis à bénéficier de ce que nous appelons le régime lacté; restant scrupuleusement retranché dans notre rôle médical, nous tenons à ce que ce régime soit prescrit exclusivement à titre thérapeutique et prenne fin dès que l'enfant est ramené à l'état physiologique de son âge; l'observation, le contrôle par les pesées nous ont démontré les effets salutaires de cette heureuse innovation pour cette foule de petits malades qui, autrement, échapperaient à notre intervention.

Nous n'allongerons pas cet exposé de nos réflexions personnelles; il nous paraît fort instructif, et au moment où la création des dispensaires est partout à l'ordre du jour, il mérite d'attirer l'attention de ceux qui s'intéressent aux questions d'assistance médicale.

Fr. GENDRON (de Rouen).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 15 juin 1885. — PRÉSIDENCE DE M. BOULEY.

M. PAUL BERT présente à l'Académie l'*appareil imaginé par M. le Dr Raphaël Dubois pour les anesthésies par les mélanges titrés de chloroforme et d'air.* Cet appareil, qui supprime les gazomètres encombrants employés au début, consiste en un cylindre métallique de 20 lit. de capacité, dans lequel se meut verticalement un piston mis en jeu par un engrenage et une manivelle, grâce à une poulie de renvoi et à une chaîne sans fin, chaque fois que le piston monte ou descend, il entraîne dans son mouvement un petit godet qui puise dans un récipient la quantité voulue de chloroforme et la déverse ensuite dans un vase situé sur le trajet de l'air aspiré par le piston. Il en résulte que, à chaque mouvement de celui-ci, les 20 litres d'air qu'il aspire sont titrés très exactement, et que simultanément il projette au dehors les 20 litres d'air qui ont été titrés à la course précédente. Une disposition spéciale de la soupape permet que tous les dérangements de l'appareil n'aient d'autre résultat que de faire respirer au patient de l'air pur, sans que jamais la dose voulue de chloroforme puisse être dépassée. On commence par donner à l'opéré la dose de 10 gr. de chloroforme pour 100 litres d'air; quand l'anesthésie est bien complète, on peut substituer à ce mélange celui de 8 0/0 ou même de 6 0/0. L'appareil de M. R. Dubois a été expérimenté avec le plus grand succès à Paris, dans les services de MM. Labbé, Lannelongue, Panas et Péan, les opérations faites chez M. Péan dépassent le nombre de 400.

MM. MAIRET, PILATTE et COMBEMALLE *ont injecté de l'acide thymique dans les veines* d'un animal; la mort est survenue quand la dose a dépassé 0 gr. 03 par kilogr. de l'animal. Les symptômes observés sont de la somnolence, de l'anesthésie, de la résolution musculaire suivie de tremblements et de convulsions.

M. SERRAUT continue ses recherches sur l'ASEPTOL : ce corps empêche absolument toute fermentation diastasique ou figurée.

M. TANRET a pu produire des *alcaloïdes par l'action de l'ammoniaque sur le glucose.*

M. Ph. LAFON indique une nouvelle *réaction de la codéine* : une trace de cette substance traitée par du sélénite d'ammonium en solution sulfurique laisse apparaître une magnifique coloration verte.

Paul LOYE.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 27 juin 1885. — PRÉSIDENCE DE M. P. BERT.

M. Ch. FÉRÉ communique des *recherches dynamographiques sur les équivalents moteurs des sensations* qui montrent que les différentes excitations déterminent des contractions différentes, non seulement d'intensité, mais encore de forme.

M. QUINQUAUD complète ses précédentes communications sur les *injections intra-veineuses d'urée.* A la dose de 2 à 3 gr. par kilog. d'animal, le mouvement nutritif se ralentit, la température s'abaisse; lorsqu'on sacrifie l'animal, on constate que c'est dans les tissus qui normalement en contiennent le plus, que l'urée existe encore à des doses plus considérables.

M. MENDELSONHN communique le résultat de ses recherches sur le *courant nerveux axial* et pose la loi suivante : la direction du courant est opposée au sens de la fonction physiologique du nerf.

M. D'ARSONVAL insiste sur l'importance de la communication de M. Mendelsonhn, qui démontre ainsi que le nerf ne jouit pas d'une conductibilité indifférente.

M. POUCHET a expérimenté l'*action des poisons portés dans les tissus végétaux*, désireux d'étudier en particulier la façon dont agissait la piqûre des cynips. Il s'est servi spécialement du venin de l'abeille, en piquant des feuilles directement avec l'aiguillon de celle-ci et comparativement avec une aiguille fine. Les lésions observées dans les deux cas ont été bien différentes. Ces études seront continuées.

M. F. FRANCK continue l'exposé de ses recherches *sur la circulation cérébrale* : il examine les rapports qui existent entre la circulation veineuse de l'encéphale et la respiration. Comment se comble le vide qui se produit par le déplacement du sang veineux sous l'influence de la respiration? Ce n'est pas par apport du sang veineux rachidien; ce n'est pas non plus, bien que cette opinion ait été soutenue par M. Richet, par apport du liquide rachidien, ce qui est démontré par une série d'expériences; c'est le sang artériel lui-même qui vient combler le vide.

M. BROWN-SÉQUARD insiste sur les conséquences qui découlent, au point de vue de la pathogénie du sommeil, du rêve et des états analogues, des expériences si concluantes de M. Franck, dont il fait remarquer toute l'importance.

M. DUBOIS, dans le cours de ses expériences sur l'administration des mélanges titrés de chloroforme, a vu survenir chez lui des accidents nerveux tout particuliers, assez analogues à ceux décrits par M. Regnauld dans la précédente séance. Il éprouva des engourdissements dans les membres, des douleurs au niveau des articulations; il perdit en partie le sens musculaire, eut de l'asthénopie accommodative avec inégalité pupillaire, des phénomènes se rapportant à l'angine de poitrine. A tous ces symptômes se joignit une insomnie persistante, des irrégularités et intermittences du pouls et des soubresauts violents dans les membres inférieurs qui apparaissaient surtout au début du sommeil. Tous ces accidents, imputables à l'intoxication chloroformique, cédèrent rapidement lorsqu'il eut pris le parti d'aller passer quelque temps hors de Paris.

M. F. FRANCK, insistant sur les soubresauts qui se produisent souvent au moment du passage de la veille au sommeil, pense qu'il faut les attribuer à la reprise brusque d'une intermittence du cœur.

M. LABORDE croit que ce phénomène peut être interprété comme un symptôme de transition entre le passage de la vie ordinaire à la vie organique.

M. DOYEN fait une importante communication *sur le bacille du choléra* et les inoculations de M. Ferran (voir page 4).

MM. WIET et LAROCHELLE présentent un nouvel *appareil galvano-caustique à piles portatives.*

GILLES DE LA TOURETTE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 30 juin 1885. — PRÉSIDENCE DE M. BERGERON.

M. C. PAUL lit un rapport relatif à l'emploi d'un *respirateur élastique* dans l'emphysème pulmonaire. Ce respirateur a été imaginé par M. B. Feris.

M. C. PAUL lit un deuxième rapport sur un travail relatif à la *coniase biliaire* et ses symptômes, par M. Merle.

M. NICAISE fait une communication sur la *nature tuberculeuse des hygromas et des synovites à grains fibrineux* et cite une observation où il est question d'un kyste à grains riziformes, développé en dehors de toute gaine tendineuse; il s'agit d'un hygroma à grains, et dont les grains sont formés de matière fibrineuse; il se distingue des hygromas proliférants de Virchow, dont les grains sont formés de substance conjonctive. Quelquefois, les deux es-

pèces de grains peuvent se rencontrer en même temps, mais alors les grains conjonctifs sont en petit nombre, les grains fibrineux forment la masse. Enfin, cet hygroma à grains riziformes a été démontré être de nature tuberculeuse. M. Nicaise cite deux autres faits d'hygromas ou de synovites à grains riziformes, également de nature tuberculeuse. On est donc en droit de penser qu'il existe une inflammation tuberculeuse spéciale des membranes séreuses qui donne lieu à la formation d'une grande quantité de masse fibrineuse.

L'Académie se constitue en *comité secret*, à l'effet d'entendre la lecture du *rapport* de M. Lunier, sur les titres des candidats à une place de membre titulaire dans la section d'hygiène. La commission présente : en première ligne, M. Vallin ; en deuxième ligne, M. Napias ; en troisième ligne, M. Legrand du Saulle ; en quatrième ligne, M. Laugier. A. J.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 26 juin 1885. — Présidence de M. Vidal.

M. Féréol, à l'occasion du procès-verbal, dit que la malade qu'il avait présentée dans la dernière séance pour une perforation palatine, a été soumise sans succès au traitement mixte. Cependant M. Cornil n'a pas trouvé de bacilles de Koch à la surface de l'ulcération. Quant à l'enfant allaité par cette femme, il a dépéri sous l'influence du traitement donné à la mère.

M. Vidal craint que la cicatrisation de la plaie ne soit entravée par une nécrose sous-jacente.

M. Martineau fait hommage de ses leçons sur la blennorrhagie chez la femme ; il croit qu'un homme ne peut jamais contracter la blennorrhagie auprès d'une femme qui ne l'aurait pas ; l'existence avérée du *gonococcus* semble bien en effet ruiner la théorie de Ricord ainsi que sa fameuse *recette* pour contracter la chaudepisse.

M. Fernet lit, aux applaudissements de l'assemblée, l'éloge de M. Noël Guéneau de Mussy ; M. le président lui adresse de vifs remerciements et propose à la Société de s'inscrire pour l'achat d'un buste de cet éminent collègue.

M. Merklen montre une jeune femme qui est devenue phthisique après avoir présenté un tubercule digital d'inoculation et une lymphangite tuberculeuse. C'est un fait intéressant à ajouter à ceux que M. Verneuil et M. Hanot ont observés. J. C.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 24 juin 1885. — Présidence de M. Horteloup.

M. Lucas-Championnière communique une observation de rupture de l'urèthre, dans laquelle il ne s'est point contenté d'ouvrir le périnée pour procéder à la recherche immédiate du bout postérieur et placer une sonde à demeure ; il a ensuite suturé le périnée en plaçant un drain au centre. Le onzième jour, le périnée était complètement cicatrisé et toutes sutures enlevées. Les pansements ont été faits très rarement et avec la ouate de bois.

Hystérectomie dans le cancer utérin. — M. Tillaux vient de pratiquer l'hystérectomie vaginale sur une femme de 21 ans, atteinte de cancer du col utérin avec métrorrhagies et état général inquiétant. Les culs-de-sac étaient libres, et l'utérus mobile fut amené à la vulve à l'aide d'une pince à érignes. Puis, une sonde ayant été placée dans la vessie, M. Tillaux incisa la muqueuse vaginale en avant, à son union avec le col, et détacha la muqueuse du col jusqu'au péritoine, qui fut incisé transversalement. Il fit la même opération en arrière, si bien que l'utérus ne tenait plus que par ses deux ligaments larges. Le ligament droit put être pris dans le doigt replié en crochet, et il fut lié en masse. Une seconde ligature fut appliquée sur le ligament gauche. Enfin, les deux lèvres de la plaie vaginale ayant été réunies par un seul fil, un drain fut placé sous le péritoine, et le vagin fut bourré de gaze iodoformée. Le drain fut enlevé le 4e jour, et au 22e jour, la malade, guérie, se levait et marchait.

M. Terrier a fait la même opération sur une femme de 47 ans, pour un épithélioma du col qui saignait beaucoup. Les suites de l'opération furent des plus simples, et la malade guérit.

M. Trélat, qui se dispose à opérer une malade dans des conditions analogues, a fait des recherches sur le cadavre, et a adopté une méthode qui ne diffère pas sensiblement de celle que MM. Tillaux et Terrier ont pratiquée sur le vivant. Mais comme l'utérus de sa malade est en antéversion prononcée, M. Trélat prévoit qu'il sera particulièrement difficile de le détacher de la vessie, et il se propose d'introduire un cathéter dans l'utérus pour le redresser pendant ce temps de l'opération. Il conseille de joindre au toucher vaginal le toucher rectal, qui renseigne plus complètement au point de vue de la mobilité de l'utérus.

M. Lucas-Championnière ajoute que si le doigt introduit dans le rectum ne suffit pas pour explorer l'utérus, on peut être autorisé à y introduire la main.

Traitement du tétanos. M. Verneuil fait un rapport sur trois observations de tétanos, recueillies et envoyées par MM. Demler, Robuchon, Poisson. L'analyse de ces cas est très favorable à l'emploi du chloral à hautes doses. M Verneuil fait encore connaître un cas malheureux observé dans son service : un tétanique traité par le chloral est mort subitement dix jours après le début des accidents.

M. Monod présente un kyste dermoïde de l'ovaire dans les parois duquel étaient implantées un certain nombre de dents.

Séance du 1er juillet 1885. — Présidence de M. Horteloup.

M. Trélat donne quelques renseignements histologiques sur la tumeur osseuse du jambier antérieur qu'il a présentée à une précédente séance : c'est de l'os en état d'accroissement avec une ébauche d'articulation ; en un mot un rudiment de membre.

Castration dans les fibromes utérins. — M. Terrillon a fait deux castrations : une fois pour un fibro-myome s'accompagnant de douleurs intolérables ; il fit la castration double ; l'opérée guérit et les douleurs ont disparu. Une autre fois, l'indication était plus formelle ; des métrorrhagies extrêmement graves menaçaient la vie et il y avait de temps en temps des symptômes d'obstruction intestinale ; la castration double fut proposée et acceptée pour combattre les hémorrhagies, et peut-être arrêter le développement de la tumeur. L'opérée mourut le 37e jour, après avoir présenté des symptômes de parotidite et de phlébite du bassin. Les symptômes d'obstruction intestinale s'étaient accentués après l'opération.

M. Terrier a fait deux fois la castration double chez deux malades qui portaient un kyste ovarien et souffraient de douleurs extrêmement violentes. Le résultat fut excellent dans les deux cas. Mais quand les symptômes de compression dominent, M. Terrier est d'avis qu'il faut tout tenter pour enlever la tumeur ; si l'enclavement de la tumeur s'oppose à ce qu'elle soit enlevée en une fois, on peut essayer de l'enlever partiellement en énucléant les fibromes qui se présentent ; cette manière de faire lui a donné un succès dans un cas de ce genre.

M. Verneuil fait remarquer que dans une des observations présentées par M. Terrillon, il eût été avantageux d'établir un anus contre nature, puisque l'on avait surtout à combattre des accidents d'obstruction intestinale.

M. Terrillon répond que c'est surtout pour arrêter les hémorrhagies qu'il a fait la castration, et que les symptômes d'obstruction se sont accentués après l'opération. En effet, il a été noté, déjà plusieurs fois, qu'après la castration les fibromes pouvaient augmenter momentanément de volume.

M. Lucas-Championnière entretient la Société du pansement antiseptique qu'il emploie depuis quatre mois. Il a remplacé la gaze phéniquée ou iodoformée, qui présente quelques inconvénients, par la ouate et la charpie des bois rendues antiseptiques par le sublimé. En même temps il

recouvre les lignes de sutures avec une poudre qui contient iodoforme, benjoin, carbonate de magnésie et eucalyptus. Ce pansement peut rester en place plus longtemps que les autres; il est économique; enfin la charpie et la ouate de bois rendues antiseptiques par le bichlorure de mercure ne s'altèrent pas avec le temps.

M. Gillette vante l'iodoforme associé au charbon, au sulfate de quinine et à la menthe.

M. Trélat a toujours soutenu que les données de l'antisepsie parfaite peuvent être réalisées par des moyens différents; il reconnaît les inconvénients de l'iodoforme qui sent mauvais et coûte très cher. Comme le rêve du chirurgien est de faire des pansements aussi antiseptiques et aussi rares que possible, M. Trélat essayera volontiers le pansement que préconise M. Lucas-Championnière.

M. M. Sée se sert depuis longtemps d'un pansement par la cellulose et le sous-nitrate de bismuth, qui a tous les avantages du pansement par la ouate de bois.

M. Chauvel vante l'étoupe de Thomas et Weber, qui a les mêmes avantages et coûte moins cher.

M. Delorme communique une intéressante observation de résection du thorax (Letiévant, Estlander).

Présentation de pièces anatomiques. — M. Nicaise présente un rétrécissement cancéreux de l'œsophage, pour lequel il a fait la gastrotomie. Le malade, qui n'avait accepté l'opération qu'à la dernière extrémité, mourut dans le collapsus 24 heures après l'opération. P. Poirier.

SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE.

Séance du 4 juin 1885. — Présidence de M. Letourneau.

M. Manouvrier présente deux crânes provenant d'un cimetière contemporain et sur lesquels on peut constater deux perforations rappelant absolument les trépanations que l'on a signalées surtout sur les crânes préhistoriques. Or, ces perforations ont été simplement produites par un coup de pioche au moment même de l'exhumation, alors que les crânes étaient encore humides. Il est bon de signaler cette cause d'erreur.

M. A. de Mortillet présente une naine âgée de 9 ans et demi. Sa taille est de 55 centimètres, son poids de 4 kilogr. Elle est bien faite et paraît vigoureuse; son intelligence n'est pas au-dessous de celle d'un enfant de son âge. Née en Hollande, elle parle le hollandais et le français très couramment, répondant fort bien aux questions qu'on lui pose. C'est le septième enfant de gens d'ailleurs parfaitement normaux; ses frères et sœurs ne présentaient aucune anomalie.

M. Hervé ayant émis l'opinion que cette naine était également microcéphale, M. Manouvrier affirme, au contraire, que le crâne de cette enfant ne rappelle en rien celui des microcéphales; qu'il a un volume normal eu égard à la taille, et même considérable par rapport aux dimensions de la face, ce qui est précisément l'inverse de ce qui se passe chez les microcéphales ordinaires. Sa dentition est absolument défectueuse, on pourrait donc, chez elle, soupçonner le rachitisme, bien qu'elle ne présente pas de déviation de la colonne vertébrale ni des membres.

M. Ludzinski présente un crâne d'enfant âgé de 15 ans environ, ayant ses deuxièmes molaires, mais dont une canine et une prémolaire commencent à peine leur éruption. Toutes les dents présentent des érosions et un sillon transversal existant aussi sur les dents en voie d'évolution.

M. Magitot pense que ces lésions peuvent bien être syphilitiques, mais peut-être aussi être sous la dépendance d'autres états pathologiques encore mal caractérisés. Le crâne ne présente pas d'autre lésion syphilitique.

M. Paul de Jouvencel lit un mémoire sur différents procédés de cubage du crâne. Il propose dans cette opération de remplacer le plomb chasse par de petites boules d'émail.

M. Mathias-Duval offre un exemplaire de son mémoire sur la formation du blastoderme dans l'œuf d'oiseau.

M. Hyades donne, d'après des nouvelles récentes, quelques détails sur l'épidémie de rougeole qui a été importée chez les Fuégiens par une mission argentine. De juin 1884 à mars 1885, sur une population qui, d'après un recensement exact, était de 1,000 sujets, la moitié environ aurait succombé. Les hommes ont été surtout atteints et principalement ceux qui habitaient au voisinage de la mission. La baie Orange et le voisinage du cap Horn ont été épargnés. L. Capitan.

REVUE D'OBSTÉTRIQUE

I. Ein Beitrag zur Lehre vom Fruchtwasser; par Richard Haidlen (*Archiv. für Gynækologie*, 1884, Bd. XXV, H. I, § 40.)

II Gravidanza gemellare e idramnios; par L. Mangiagalli (*Annali di ostetricia*, mars-avril, 1885, p. 69)

III. Kritisches und experimentelles zur Lehre von der Gefæhrlichkeit des Fiebers in der Schwangerschaft; par Max Runge (*Archiv. f. Gyn.*, 1884, Bd. XXV, H. I, s 1.)

IV. Cinq cas de grossesse extra-utérine opérés au moment de la rupture du kyste; par L. Tait (*British. medical Journal*, 28 juin, 1884, p. 1250).

V. The Patology and treatment of extra-uterine pregnancy; par L. Tait (*Brit. med. Journ.*, 16 août 1884, p. 317.)

VI. Due casi di gravidanza extrauterina seguiti di guarigione senza l'intervento chirurgico; par Martinetti (*Annali di ostetr.*, mars-avril, 1885, p. 170).

VII. L'antipirina in ostetricia, par Chiara (*Annali di ostetr.*, janvier, février, 1885, p. 1).

I. Malgré les nombreux travaux publiés sur les origines du liquide amniotique, la question n'est pas résolue, et elle suscite constamment des recherches nouvelles. Le mémoire de Haidlen sur ce sujet comprend deux parties :

La première a pour objet l'étude des relations entre la quantité du liquide amniotique et le poids du fœtus, celui du placenta, la longueur du cordon, etc. Les observations résumées dans des tableaux, ont porté sur 43 femmes. Elles ont conduit l'auteur à des résultats à peu près analogues à ceux que Bar a consignés dans sa thèse: il n'existe aucun rapport entre la quantité du liquide et le poids du fœtus ou celui du placenta; — quelques faits semblent démontrer que plus le cordon est long, moins le liquide est abondant; quant à l'influence du degré de torsion du cordon et des circulaires, elle paraît nulle; — enfin, la proportion entre les principes solides obtenus par la dessication du liquide amniotique et la quantité de ce liquide n'a aucune régularité..

La seconde partie du travail de Haidlen est consacrée à la vérification du passage de l'iodure de potassium, administré aux femmes enceintes, dans le liquide amniotique. Cette constatation n'avait pu être faite par Gusserow, Benicke, Porak, Fehling, qui n'avaient retrouvé le médicament que dans l'urine du fœtus. En expérimentant sur le résidu sec du liquide amniotique, incinéré et délayé ensuite dans l'eau, et en se servant d'un réactif très sensible (amidon additionné d'un peu de nitrate de potasse et d'acide sulfurique), Krukenberg était arrivé à déceler très nettement l'iodure de potassium dans le liquide amniotique. Haidlen a opéré comme Krukenberg et a obtenu les mêmes résultats. Voici le résumé de ses expériences. Toutes les fois qu'il a administré de l'iodure à la mère dès les premières douleurs de l'accouchement, il a trouvé la réaction caractéristique dans l'urine du fœtus et dans le liquide amniotique. Lorsqu'il a fait prendre à une femme le médicament dans les derniers temps de sa grossesse, il ne l'a constaté dans l'amnios, au moment de l'accouchement, que si l'ingestion ne remontait pas à plus de cinq jours avant le début du travail.

L'iodure de potassium passe donc dans le liquide amniotique, soit directement à travers les membranes, soit par l'intermédiaire du fœtus; mais au bout de quelques jours, il est résorbé, et rentre dans l'organisme maternel pour être éliminé. De là, Haidlen conclut qu'il se fait des échanges incessants entre le placenta maternel et le liquide amniotique, et que des rapports intimes existent entre la composition du sang de la mère, et la quantité et la nature du liquide amniotique.

II. Dans un cas récent de grossesse gémellaire avec hydramnios, certaines particularités ont permis à Mangiagalli d'émettre une hypothèse intéressante au sujet du mé-

canisme suivant lequel a eu lieu l'hydramnios. La femme avait éprouvé à la fin de sa grossesse des phénomènes de compression tels qu'une intervention devint nécessaire. La ponction des membranes du premier œuf ne donna lieu qu'à un faible écoulement de liquide : cela suffit cependant pour amener un grand soulagement. Le travail se déclara : le premier enfant fut extrait vivant avec le forceps ; on dut rompre la seconde poche qui contenait environ six litres de liquide, et le second fœtus naquit vivant en présentation du siège.

Tout l'intérêt résidait dans l'examen du délivre. Il y avait deux poches distinctes, deux placentas séparés et l'un des cordons ne présentait rien d'anormal; mais le cordon ombilical du fœtus contenu dans la poche hydropique mesurait seulement 28 cent. de long, et cette brièveté avait été constatée pendant l'accouchement, d'autant plus qu'il existait un circulaire autour du tronc de l'enfant ; de plus ce cordon, arrivé à six centimètres du placenta, se dissociait pour s'insérer sur la cloison de séparation des œufs; sur cette cloison rampaient quatre ramifications très grosses de la veine ombilicale, elle-même volumineuse et distendue. Il y avait donc brièveté absolue et relative du cordon et insertion vélamenteuse.

Mangiagalli pense que dans ce cas l'hydramnios a eu pour principale cause la visible augmentation de tension produite dans le territoire de la veine ombilicale par la disposition anormale du cordon et des vaisseaux ombilicaux. Il fait remarquer que Truzzi a rapporté quatre observations dont une de Porro où l'hydropisie de l'amnios coïncidait avec une insertion vélamenteuse, et il admet avec Truzzi qu'il y a là plus qu'une simple coïncidence, et que l'exagération du liquide est, dans ces faits, la conséquence de l'anomalie du cordon.

III. Dans des expériences sur les animaux, en 1877, M. Runge s'était efforcé de vérifier les données cliniques de Kaminski sur l'influence de la fièvre de la mère sur la vie du fœtus, et il était arrivé à des conclusions qui furent vivement attaquées en France par Doléris et Doré.

Revenant sur ce sujet, Runge établit que les expériences de Doléris ont été faites dans des conditions très différentes des siennes. Runge en effet avait placé des lapines pleines dans une étuve où elles étaient soumises à un surchauffage *brusque et rapide*; il avait constaté que, dans ces conditions, les fœtus ne résistaient pas à une température supérieure à 41°,5 ou 42°. Doléris au contraire fit agir sur les femelles en expérience une température portée *lentement et progressivement* à un degré élevé, et il trouva que les animaux pouvaient supporter 42°,5, sans résultats fâcheux pour la gestation ni pour la vitalité des fœtus.

Runge a fait de nouvelles expériences en se plaçant dans les mêmes conditions de surchauffage lent, et il a constaté aussi que les fœtus peuvent supporter 42°,5 sans succomber. Mais, si on dépasse cette limite, les petits meurent dans l'utérus, comme dans le cas de surchauffage brusque, et leur mort a lieu *avant* celle de la mère.

Il est certain, au point de vue clinique, que l'élévation de la température maternelle n'est pas le seul élément mortel pour le fœtus, et, dans les maladies septiques en particulier, l'infection joue un rôle capital. Il est même assez rare de voir le fœtus succomber par hyperthermie de la mère, et Schrœder et Spiegelberg ont été trop loin en affirmant que chez une femme enceinte atteinte d'une affection fébrile, le principal danger de mort pour le fœtus résidait dans l'hyperthermie.

Il n'en est pas moins vrai que la fièvre de la mère est un danger pour le fœtus, surtout si elle vient à s'élever brusquement. Aussi, Runge croit-il devoir poser les conclusions suivantes, qui diffèrent peu de celles de son premier mémoire : chez toute femme enceinte qui a de la fièvre, un traitement antipyrétique doit être institué en vue du fœtus ; — l'opération césarienne chez une femme morte d'hyperthermie est inutile, puisque le fœtus a succombé avant la mère ; — dans les cas où la mère aura succombé avec des températures élevées, l'opération césarienne *post mortem* n'aura aucune chance de succès si les élévations de température ont été rapides.

IV. En présence de la terminaison ordinairement fatale causée par la rupture du kyste dans les grossesses extra-utérines, et encouragé par les excellents résultats de la laparotomie en général, Lawson Tait s'est décidé à intervenir chirurgicalement au moment même où le sac fœtal vient de se rompre. La grande difficulté réside évidemment dans le diagnostic ; mais, partant de ce principe qu'il faut faire la laparotomie dès que des symptômes abdominaux graves mettent la vie de la femme en danger, Tait supprime en partie cette difficulté. Il base du reste son diagnostic sur les faits suivants : lorsqu'on se trouve en présence d'une femme aménorrhéique depuis 8 semaines ou plus, qu'il existe une tumeur située à côté de l'utérus qu'elle repousse et immobilise, et que brusquement éclatent des symptômes graves d'hémorrhagie interne, on est en droit de supposer la rupture d'un kyste fœtal, et il faut intervenir sans retard. L. Tait a ainsi opéré cinq femmes : chaque fois il a trouvé une rupture de la trompe par grossesse tubaire, et du sang épanché dans l'abdomen ; il a lié et excisé la trompe ; quatre femmes ont guéri, une a succombé et il attribue cet insuccès à ce que la malade a été opérée trop tard.

V. Dans une séance de la *British medical Association* à Belfast, L. Tait a complété son opinion sur les grossesses extra-utérines. Il admet que toutes ces grossesses sont primitivement tubaires. Vers la douzième ou treizième semaine, quelquefois plus tôt, la trompe ne pouvant se laisser distendre davantage, se rompt ; alors, suivant le point qu'occupe le placenta dans la trompe, la rupture a lieu ou dans le péritoine ou dans le ligament large. Si elle a lieu dans le péritoine, la mort par hémorrhagie est la règle : quant à la continuation de la grossesse qui deviendrait alors franchement abdominale, L. Tait la croit extrêmement rare, et il n'en connaît qu'un seul cas, celui de Jessop, où la mère et l'enfant furent sauvés par la laparotomie. Si la rupture a lieu dans le ligament large, l'hémorrhagie reste limitée et minime ; le fœtus peut alors succomber, et le kyste subira des transformations bien connues (suppuration, calcification) ; ou bien le fœtus survit et c'est dans ces cas qu'on a vu la grossesse continuer et l'enfant arriver vivant à terme.

Le traitement consiste dans l'intervention dès les signes de la rupture du kyste. Mais le chirurgien peut n'être appelé que plus tard, la mère ayant survécu, et la grossesse datant de plusieurs mois. Alors, si l'enfant est vivant, il fera la laparotomie près du terme. Si l'enfant est mort, il interviendra encore ; Tait l'a toujours fait, et avec succès. Il recommande seulement d'observer exactement ces deux préceptes : suturer avec soin l'ouverture du sac à la paroi abdominale, et laisser à la nature le soin d'expulser le placenta.

VI. Les idées émises par L. Tait sur la grossesse extra-utérine ont soulevé des objections. Déjà Reid avait signalé l'observation d'une femme ayant survécu, sans qu'il y ait eu intervention, à des signes très évidents de rupture d'un kyste fœtal. Martinetti vient de publier deux autres cas remarquables de grossesse extra-utérine avec rupture du sac et guérison spontanée. Il s'agissait de femmes, l'une secondipare, l'autre multipare, chez lesquelles existaient les signes indiqués par Tait pour l'intervention immédiate : aménorrhée datant de deux mois et demi, tumeur abdominale située à côté et en arrière de l'utérus, ce dernier, petit et immobile ; ventre douloureux à la pression ; puis, brusquement tous les signes d'une hémorrhagie interne, et les symptômes abdominaux les plus graves. Cependant les malades échappèrent à la mort. Sous l'influence des injections d'éther, de la chaleur, de l'alcool, de l'opium, etc., les phénomènes s'amendèrent. Après toutes les péripéties que comporte un semblable accident, les femmes guérirent. Chaque jour, on put constater la diminution progressive de leur tumeur et le retour de l'utérus à sa situation normale. Chez l'une d'elles, six semaines après le début des

accidents, l'écoulement menstruel avait repris régulièrement son cours.

Ces faits prouvent que la rupture d'un kyste fœtal n'est pas fatalement mortelle, et que l'intervention n'est pas d'absolue nécessité. D'ailleurs, Martinetti s'élève contre l'opinion de L. Tait sur l'origine tubaire de toute grossesse extra-utérine. Pour lui, il admet avec la plupart des auteurs, l'existence des grossesses abdominales primitives. Seulement le diagnostic entre les variétés abdominale et tubaire reste souvent très obscur. Aussi conclut-il ainsi : si l'on se trouvait en présence d'un cas absolument certain de grossesse tubaire, le kyste n'étant pas encore rompu,la conduite la plus logique serait l'intervention chirurgicale. Mais comme on n'a que rarement cette certitude, le plus souvent on sera réduit à l'abstention. Or, au cours de cette abstention, on pourra voir survenir la rupture de la trompe. Faudra-t-il alors intervenir comme le veut L. Tait, ou s'abstenir comme l'a fait l'auteur ? C'est ce que des faits plus nombreux et une statistique recueillie avec soin pourront seulement démontrer dans l'avenir.

VII. Chez une femme atteinte de pneumonie vers le 9e mois de sa grossesse, Chiara employa l'antipyrine et constata une défervescence très notable. Presque immédiatement la malade accoucha d'un enfant vivant du poids de 2250 gr. Bien que la pneumonie puisse à juste titre être invoquée comme la cause de cet accouchement prématuré l'antipyrine ne pourrait-elle être incriminée comme ayant déterminé des contractions utérines ?

Dans le but d'élucider cette question, Chiara administra de l'antipyrine à douze femmes enceintes, primipares ou multipares ; sept n'avaient pas encore atteint le 9e mois, cinq approchaient du terme de leur grossesse ; toutes prirent, à la même heure du jour, quatre grammes d'antipyrine en plusieurs doses.

Les résultats observés par Chiara lui ont permis de poser les conclusions suivantes : 1° L'antipyrine prise à dose thérapeutique, n'a aucun effet ocytocique appréciable ; 2° la grossesse ne modifie en rien les phénomènes par lesquels se traduit l'action de l'antipyrine ; 3° quand des indications de combattre la fièvre surviennent pendant la grossesse, on peut administrer sans crainte l'antipyrine ; 4° comme les autres antithermiques, l'antipyrine concourt à favoriser la continuation de la grossesse, puisqu'elle supprime les hautes températures qui sont une cause puissante d'interruption de la gestation. Ch. Maygrier.

CORRESPONDANCE

Lettre de Vienne.

M. le Dr Paschkis (Docent), a fait des expériences sur le *rhodanogène de soude* : Une injection sous-cutanée de rhodanogène de soude a produit sur des grenouilles une augmentation des réflexes. Ces animaux furent saisis de spasmes qu'on pouvait aisément provoquer par des percussions sur la colonne vertébrale. Les accidents tétaniques ressemblaient à ceux que produit la strychnine, mais ils durèrent plus longtemps et les animaux y succombèrent. Les phénomènes ont persisté sur des grenouilles décapitées. Des mammifères ont présenté des phénomènes analogues. Après la disparition des spasmes on observe des contractions fibrillaires des muscles. Le kymographion a montré que la pression sanguine était augmentée, l'élévation de pression se produisait même après la section de la moelle cervicale et aussi après la cessation des mouvements respiratoires. Cette substance possède une influence irritative sur les terminaisons du pneumogastrique dans le cœur : la solution de rhodanogène de soude, portée directement sur le cœur d'une grenouille, ralentit d'abord cet organe, puis l'arrête totalement pendant une durée de quinze secondes. Cette influence est annihilée par l'atropine. Mêmes résultats sur le cœur, séparé du reste de l'organisme.

Le professeur Von Basch communique les résultats d'une série d'expériences sur l'*Œdème des poumons*, que le Dr Grossmann a exécutées dans son laboratoire : une injection de muscarine sur des animaux curarisés produit un œdème considérable des poumons. Cette substance agit en changeant les proportions de travail des deux ventricules. Tandis que normalement, le ventricule gauche fournit un travail trois fois plus grand que le droit, après des injections de muscarine, tous les deux fournissent une égale somme de travail. Le système artériel se vide, tandis que le système veineux s'engorge considérablement. Toute espèce d'irritation augmentant l'action du ventricule gauche, diminue l'œdème des poumons. L'influence de la muscarine peut donc être contrebalancée par l'excitation des nerfs accélérateurs, par la compression de l'aorte abdominale, par une injection d'atropine, etc. Ces expériences montrent que l'œdème des poumons n'est pas seulement causé par une cessation complète de l'action du venticule gauche, tandis que le ventricule droit fonctionne ; mais que cet œdème se produit aussi quand la proportion normale de l'action des deux ventricules est troublée.

Quelques Sociétés médicales de Vienne se sont récemment occupées de la question du changement d'époque des grandes vacances (vacances d'été) dans les écoles. Les grandes vacances, dans les lycées et les écoles dites réales (*Realschulen*) de l'Autriche sont fixées au mois d'août et de septembre. Beaucoup de médecins praticiens se sont élevés contre cet usage en se plaçant au point de vue de l'hygiène, et ont adressé au Ministre de l'instruction publique une pétition tendant à faire fixer l'époque des vacances aux mois de juillet et d'août. Cette question a été discutée entre autres dans la section d'hygiène publique du « *Doctoren collegium* » de Vienne. Les professeurs Von Frisch et Exner qui avaient présenté une pétition contraire au changement, soutinrent leur opinion en s'appuyant sur les tables de température de Hann. Les arguments du professeur von Frisch furent combattus par MM. Heim, Frey, J. Schwarz, Adolphe Hofmann, par le « *Statthaltereirath* » von Karajan, par le président M. l'« *Obersanitätsrath* » von Schneller et le Dr B. Kraus. Ce dernier développa longuement son opinion et dit que les quinze premiers jours de juillet devraient être absolument exclus du programme scolaire comme pernicieux aux élèves et aux maîtres. La majorité fut en faveur du nouvel arrangement.

La Société médicale du premier arrondissement de Vienne, sous la présidence du professeur Albert adopta, à l'unanimité, la même résolution. Des démarches furent faites auprès du Ministre, qui promit de prendre les mesures nécessaires et réalisa la réforme, dans la mesure du possible, dès cette année.

La section d'hygiène publique du « *Doctoren collegium* » a décidé, sur la proposition de M. le Dr Kraus, de s'occuper de l'hygiène des écoles en général, de ses défauts, etc., et de présenter le résultat de ses travaux au Ministère des cultes et de l'instruction publique.

Le *Stadtphysical* (corporation chargée du service sanitaire) de Vienne, considérant le chiffre élevé de la mortalité par tuberculose pulmonaire et par maladies catarrhales et inflammatoires des organes respiratoires, a présenté à la municipalité une pétition ayant pour objet la suppression des poussières dans les écoles et dans les rues, en se basant sur la possibilité du transport de micro-organismes pathogéniques par cette voie. La pétition exprime le désir : 1° que les planchers, les bancs, les murs des écoles soient peints à l'huile, ces derniers jusqu'à une hauteur de deux mètres, de manière qu'on puisse les nettoyer en y passant seulement un linge humide et éviter ainsi les poussières produites par le balayage ; 2° que les rues soient nettoyées de grand matin et de la façon qui répond le mieux aux exigences hygiéniques ; 3° que les rues soient pavées avec une substance qui produise peu de poussières et qu'elles soient souvent arrosées ; 4° qu'on plante des arbres sur les confins des faubourgs de Vienne pour empêcher la poussière de pénétrer dans la ville,

Le « *Landessanitätsrath*, » de la Basse-Autriche, a discuté dans une de ses dernières séances, l'introduction de la lumière électrique dans les hôpitaux de Vienne. Les membres du « Sanitätsrath » se sont déclarés à l'unanimité en faveur de la lumière électrique, comme plus hygiénique et moins périlleuse que le gaz.

On a résolu d'employer le « Glühlicht » (la lumière électrique qui est produite quand on fait passer un courant électri-

que par un métal mauvais conducteur, par exemple, le cobalt), dans les salles des malades ; on fera d'abord un essai dans un petit hôpital de Vienne, et s'il est suivi de succès, la mesure sera étendue à tous les hôpitaux.

MM. les Drs WÖLFLER, HOFMOKL, ULTZMANN et MAULTHNER (tous docents), ont été nommés professeurs extraordinaires ; la Faculté de Vienne s'est donc enrichie de quelques professeurs de mérite dont les trois premiers sont des chirurgiens, le quatrième, chimiste (professeur de chimie médicale). J'espère revenir encore sur les mérites des quatre nouveaux professeurs Viennois.

La place me manque pour parler des communications de M. le Dr GROSSICH (*sur la détermination et l'importance des excrétions d'Indican par l'urine dans les cas de fractures*) et de M. le Dr AMRUS (*sur l'irritabilité du pneumogastrique dans la narcose chloroformique*) qui ont été faites toutes les deux dans une séance récente de la Société médicale de Vienne. LEIBOWITZ.

BIBLIOGRAPHIE

Zur Localisation der corticalen Sehsphäre beim Menschen; par le professeur BERGER (*Breslauer ärztl Zeitschrift*, 1885, nos 1, 3, 5.)

Munk a placé le *centre visuel* dans le lobe occipital ; trois observations de l'auteur confirment cette localisation. La première est particulièrement intéressante ; outre la lésion du centre visuel, la région de Wernicke (1re cir. temporale gauche, centre sensoriel du langage) était détruite. C'est la cinquième fois que le professeur Berger constate la réalité de ce dernier centre.

Un ouvrier de 71 ans est pris subitement de vertige et d'affaiblissement de la vue. Les troubles ont une durée passagère et le malade n'appelle pas de médecin. Sept mois après, nouvelle attaque, vertige, amaurose subite qui persistera jusqu'à la mort (49e jour). Les pupilles sont égales, les réflexes pupillaires conservés, pas de lésions de la rétine. Il existe en même temps de l'aphasie sensorielle, le malade entend sans comprendre le sens des paroles, le goût est conservé, hémianesthésie persistante et hémiparésie transitoire du côté droit, etc.

A la partie médiane de la 1re *cir. occipitale droite* siège un foyer de ramollissement, gros comme une pièce de 1 fr., cause de la première attaque avec hémiopie homonyme du côté gauche très probablement. Cette localisation confirme l'opinion d'Exner, qu'il faut chercher le centre visuel dans la première circonvolution occipitale. Les lésions étendues de l'hémisphère cérébral gauche expliquent les symptômes de la deuxième attaque. Ramollissement de tout le lobe occipital (hémiopie homonyme droite qui, avec la précédente, a déterminé l'amaurose complète), du lobe temporal (aphasie sensorielle) de, la couche optique (hémianesthésie droite persistante). Petits kystes dans le noyau lenticulaire du corps strié (hémiparésie transitoire).

J. DAGONET.

Erfahrungen über Mechanotherapie; par SCHREIBER (d'Aussee (*Wiener med. Presse*, 1884, nos 19 et 21).

L'auteur publie trois observations de sciatique. Les malades, après un traitement méthodique par les mouvements passifs, puis actifs (voir son livre sur le massage, Vienne, 1883) traitement continué malgré les douleurs intolérables qu'il provoque, ont été complètement rétablis en 2 ou 4 semaines. L'auteur a guéri dans l'année, 18 cas de sciatique et il affirme l'efficacité absolue de cette méthode.

J. D.

CONSEIL MUNICIPAL.

Laïcisation de l'Asile d'Aliénés de Vaucluse (Seine).

Dans la séance du 24 juin 1885, du Conseil municipal, M. le Dr DESPRÉS a fait la communication suivante :

M. DESPRÉS. — J'ai l'honneur de déposer sur le bureau du Conseil une lettre de parents d'aliénés de l'asile de Vaucluse, accompagnée d'une pétition demandant la continuation des soins des bonnes sœurs de Saint-Joseph. (Ah ! Ah ! Rires à gauche.) Je vous prie, Messieurs, de renvoyer cette pétition à l'Administration, qui est armée en cette matière d'un pouvoir discrétionnaire.

M. MONTEIL. — Je demande le renvoi à la 3e Commission. (Appuyé.)

M. DESPRÉS. — Il y a urgence, Messieurs. M. le Préfet a dénoncé le traité avec les sœurs pour le 1er juillet prochain. Il faut donc que l'Administration ait le temps, d'ici la fin du mois, d'apprécier la valeur de la pétition.

M. ROBINET. — Contrairement à la demande de M. Després, je vous demande le renvoi de cette pétition, recouverte d'un très petit nombre de signatures, à la 3e Commission et non à l'Administration. Le Conseil général est maître en matière d'aliénés, de par la loi. C'est lui qui, en supprimant le crédit pour l'entretien des congréganistes à Vaucluse, a obligé l'Administration à faire la laïcisation de l'asile de Vaucluse, si vivement réclamée par la population. Nous devons maintenir nos prérogatives budgétaires en renvoyant la pétition de M. Després à la 3e Commission.

M. A. Després s'y est pris un peu tard : l'Asile de Vaucluse, conformément au vote du Conseil général et à l'avis de la Commission de surveillance, *a été laïcisé* le 1er juillet et depuis trois jours les « bonnes sœurs » ont déménagé.

VARIA

Laïcisation de l'hôpital Cochin.

« On a beaucoup parlé, dit le *Pays*, de la laïcisation de l'hôpital Cochin. Sur l'initiative du directeur de l'Assistance publique, le conseil de surveillance de cette administration a émis un avis favorable au remplacement des sœurs de cet établissement par des infirmiers et des infirmières laïques. Mais ce vote, si favorablement accueilli qu'il puisse être par l'autorité supérieure, ne nous paraît pas encore à la veille d'être appliqué. L'hôpital Cochin, en effet, résulte d'une fondation spéciale aux termes de laquelle l'établissement doit être dirigé par des sœurs de charité.

Si cette clause spéciale était violée, les héritiers du fondateur de l'hôpital Cochin, héritiers qui existent en grand nombre à Paris, ne manqueraient pas d'attaquer le directeur de l'Assistance publique, et comme ils ont pour eux le droit, ils obtiendraient certainement gain de cause. Voilà pourquoi nous ne croyons pas, jusqu'à nouvel ordre, à la laïcisation de l'hôpital Cochin. »

D'après des renseignements que nous avons tout lieu de croire exacts, la laïcisation de cet hôpital aura lieu le 1er août. Un examen attentif de la situation de cet hôpital permet de croire que rien ne viendra retarder la laïcisation.

Septième congrès annuel de l'association américaine de Laryngologie, tenu à Détroit, les 24, 25 et 26 juin 1885.

Dr Shurly (de Détroit). De l'utilité du galvanisme dans les affections du pharynx. — Dr Hooper (de Boston). De la fonction du larynx humain comme organe respiratoire, d'après des recherches expérimentales faites dans le laboratoire de Harvard College. — Dr Johnson (de Chicago). De quelques troubles moteurs du larynx. — Dr Glasgow (de Saint-Louis). De quelques troubles vaso-moteurs de la pituitaire. — Dr John Mackensie (de Baltimore). Réflexion sur l'étiologie des inflammations simples des conduits aériens supérieurs. — Dr Delavaux (de New-York). De l'érysipèle du pharynx et du larynx — Dr Ives (de New-York). Hémorrhagie sous-muqueuse laryngée, compliquée d'un kyste. — Dr H. Allen (de Philadelphie). Du galvano-cautère dans la pratique de la laryngologie. — Dr Smith (de New-York). Des principes de la construction des tubes de pulvérisateurs — Dr Ingals (de Chicago). Leucoplasie buccale. — Dr Lincoln (de New-York). Sarcome mélanique du nez guéri par la galvanocaustie. — Dr Roe (de Rochester). Angiome du nez. — Dr Robertson (de Détroit). Déformation du nez comme cause de catarrhe nasal. — Dr Rice (de New-York). Adhérences inflammatoires du voile du palais avec les parois du pharynx. — Dr Beverley Robinson (de New-York). Alimentation dans la phthisie laryngée. — Dr Bosworth (de New-York). De la cocaïne. — Dr Solis-Cohen (de Philadelphie). De quelques nouveaux médicaments employés en laryngologie. — Dr Major (de Montréal). Catarrhe nasal membraneux. — Dr Duncan (de New-York). De l'influence des diathèses sur les muqueuses. — Dr Solis-Cohen De l'efficacité des moyens de douceur pour le traitement du catarrhe nasal et du catarrhe naso-pharyngien.

HERBORISATION. — M. CHATIN, professeur de Botanique à l'École de Pharmacie, fera une herborisation publique le dimanche 5 juillet, dans la forêt de Montmorency. Le départ s'effectuera de la gare du Nord, à 8 heures 55, pour la station d'Ermont.

Autopsie proprement dite (1).

g. L'examen de la dure-mère de la base. — La dure-mère de la convexité est restée adhérente à la base par la tente du cervelet ; on en achève la séparation des autres points de la convexité où elle adhère encore. Alors on examine : 1° la *faulx* qui est sujette à quelques malformations ou peut manquer; 2° la *tente du cervelet* et les *sinus longitudinal inférieur* et le *sinus* droit On notera avec soin les altérations diverses ou les tumeurs siégeant à proximité de ce dernier sinus (*Pressoire d'Hérophile, veine de Galien*), comprimant et amenant par suite une *hydrocéphalie symptomatique.*

On passe à la *dure-mère de la base* qui, elle, est assez adhérente aux os: on ouvre ces divers *sinus* qui tous, surtout les sinus latéraux, doivent faire l'objet d'un examen attentif; quelques auteurs ont en effet attribué les diverses formes d'aliénation mentale aux altérations dont ils peuvent être le siège. Ceci fait on détache la dure-mère de la base ; ses altérations diffèrent peu, quoique moins fréquentes, de celles que l'on rencontre à la convexité. Au niveau de la surface basilaire on constatera parfois l'existence de myxo-chondrômes. Enfin on terminera par l'examen de la *glande pituitaire*, si on l'a abandonnée dans la selle turcique.

Les os de la base étant découverts, on constatera l'existence et la direction des sutures encore persistantes, celle des fractures s'il y a lieu, les caries du rocher, etc., la profondeur des fosses, leur forme, la symétrie ou l'asymétrie des deux côtés de la base, la forme du trou occipital. Enfin, dans certains cas on fera bien d'ouvrir au ciseau les sinus frontaux, de voir les altérations de leur muqueuse ; on peut de même procéder par la base à l'examen de l'œil et au besoin à son enlèvement. A cet effet, on ouvre la fosse orbitaire à l'aide du ciseau ou de la pince de Liston. (2)

Nous revenons à l'*encéphale* que nous avons laissé à part pour être l'objet d'un examen ultérieur.

h. Examen de la pie-mère.—Avant de procéder à l'enlèvement de la pie-mère on examine sa surface externe en commençant par la convexité ; on note son aspect poli ou non, gélatineux ou laiteux (principalement le long des vaisseaux), (3) sa coloration (hypérémie, etc.), son épaisseur (œdème), les épanchements divers sous-arachnoïdiens, les plaques ossiformes ou cartilagineuses de l'arachnoïde (4). Puis, retournant le cerveau on procède de même pour la pie-mère de la base de l'encéphale. Il y a lieu ici de consigner avec soin l'état des vaisseaux (anomalies et asymétries, athérome, anévrysmes, etc.)

Avec le manche ou le dos du scalpel on déchire le point arachnoïdien qui recouvre les fosses sylviennes et l'on poursuit ainsi l'artère sylvienne d'un côté d'abord, puis de l'autre, afin de s'assurer des altérations dont elle pourrait être le siège (athérome, thrombus, embolus, tubercules miliaires, etc.)

C'est alors que l'on détache la pie-mère du genou du corps calleux (adhérences) des organes siégeant sur la ligne médiane de la base de l'encéphale pour examiner les lésions ou anomalies (coloration, asymétrie, consistance, sclérose, atrophie, etc.) des nerfs olfactifs, du chiasma des nerfs optiques, du corps pituitaire (s'il a été enlevé avec l'encéphale), des tubercules mamillaires (absence, inégalité), de l'espace interpédonculaire, des pédoncules cérébraux, de la protubérance, des pyramides et des olives, et en général des différents nerfs crâniens.

Pour détacher la pie-mère du cerveau ou du cervelet on peut avoir recours à différents procédés : 1° Ayant déjà détaché de la pie-mère des organes situés sur la ligne médiane du cerveau, on continue son enlèvement par les fosses sylviennes pour ne pas avoir à retourner l'encéphale et aussi parce que les adhérences (*méningo-encéphalite*) siègent de préférence sur la face convexe, et qu'alors l'enlèvement s'opère plus facilement quand on peut déjà disposer d'un lambeau de pie-mère d'une certaine étendue; 2° on peut commencer au niveau de la grande scissure inter-hémisphérique, en sectionnant les artères cérébrales vers le genou du corps calleux après avoir écarté les hémiphères cérébraux ; 3° on pratique sur le bord convexe de chaque hémisphère une incision longitudinale d'avant en arrière comprenant sur une légère étendue la substance corticale du cerveau. Saisissant alors soit d'abord avec une pince, soit avec les doigts selon l'épaisseur de la pie-mère le bord externe de l'incision, on détache lentement la pie-mère par une sorte d'enroulement particulier, le pouce détachant la membrane du côté du cerveau et les autres doigts de la main facilitant la manœuvre par un mouvement de dedans en dehors (mouvement de supination), on peut faciliter le décollement de la pie-mère en faisant couler un filet d'eau dans l'angle formé par la substance corticale et la pie-mère déjà détachée. Si la pie-mère se déchire dans un endroit, ce qui arrive facilement si elle est mince, on en reprend un lambeau en introduisant les pinces dans un des sillons où elle offre plus de résistance à cause de la présence des vaisseaux artériels. Ce troisième procédé a l'inconvénient de nécessiter l'incision de la substance cérébrale et de nuire soit à l'examen ultérieur des circonvolution, soit à la conservation de l'encéphale.

La *pie-mère du cervelet* s'enlève souvent avec difficulté à cause de sa minceur au niveau de cet organe. On ne saurait donner de règle fixe pour son détachement.

Pendant l'enlèvement de la pie-mère on dicte les lésions, le siège, l'étendue, les caractères des adhérences (*situation étendue*) que l'on rencontre; parfois la substance grise reste complètement et dans toute son épaisseur adhérente à la méninge et les circonvolutions dépouillées de leur substance grise apparaissent alors tranchantes, minces (squelette de substance blanche). Des adhérences peuvent exister dans les sillons entre les deux surfaces externes de la pie-mère. (*A suivre*).

(1) Extrait d'un *Manuel de technique d'autopsie* par Bourneville et Bricon. Voir *Progrès médical*, nos 1., 44, 46, 47, 48, 50 et 52 (Année 1884) et nos 3, 4, 5, 7, 11, 12, 13, 25 et 26 (Année 1885).

(2) Un procédé analogue est applicable pour l'examen des *organes de l'odorat* et de l'*ouïe*, et en général des organes de la face placés à proximité de la base et que l'on ne saurait atteindre autrement sans causer des lésions extérieures apparentes.

(3) On doit surtout tenir compte de l'œdème qui [illegible] sur les parties antérieures, l'œdème postérieur dépendant de la position occupée par le cadavre.

(4) Ces plaques très rares au niveau de l'encéphale siègent de préférence sur l'arachnoïde de la moelle lombaire.

Inauguration de la statue de Pinel.

La *Société médico-psychologique* qui dans sa séance ordinaire de lundi n'avait pris encore aucune décision relativement à l'inauguration de la statue de Pinel, s'est réunie de nouveau mardi dernier pour discuter du cérémonial de l'inauguration.

Nos lecteurs connaissent déjà l'ordre du jour de cette réunion. Ce qu'ils ne savent pas, c'est que la société était désireuse d'offrir un banquet à ses invités; malheureusement les ressources dont elle pouvait disposer ont été englouties par les frais d'érection de la statue qui revient à près de trente mille francs. Il a donc été décidé qu'au lieu et place d'un banquet, il serait offert un lunch dans l'une des salles de consultations de la Salpêtrière.

Le conseil municipal vient de voter une somme de 800 francs pour la décoration de la place. La musique de la garde républicaine se fera entendre dans l'intervalle des discours.

Ajoutons que les ministres de l'Intérieur, des Beaux-Arts et les préfets de la Seine et de Police ont promis d'assister à l'inauguration, ainsi que les secrétaires généraux et le bureau des aliénés des deux préfectures et du ministère. Le Conseil général et le Conseil municipal, le maire et les adjoints du XIIIe arrondissement se feront également représenter ainsi que l'Institut, l'Académie et la Faculté de médecine, dont Pinel était membre. Des invitations seront encore adressées aux médecins et aux internes de la Salpêtrière, de Bicêtre, de Sainte-Anne, de Villejuif, de Ville-Évrard et de Vaucluse, ainsi qu'aux médecins-inspecteurs du ministère de l'Intérieur, à la presse scientifique et aux rédacteurs scientifiques de la presse politique. Un certain nombre de cartes doivent encore être adressées au président du syndicat de la presse politique pour être remises aux journaux qui désireraient prendre part à l'inauguration. Cette inauguration est définitivement fixée au lundi 13 juillet, à 10 heures du matin.

Thèses soutenues à la Faculté de Médecine.

Mardi 7. — M. Pinto. Étude sur l'herpès génital chez l'homme et chez la femme. — M. Jan. Des complications de l'otite moyenne suppurée et de la trépanation mastoïdienne. — M. Thémoin. De la réunion immédiate des tendons par la suture. — M. Barre. Contribution à l'étude clinique de l'arthropathie chez les ataxiques. — M. Gurgemos. Contribution à l'étude de la pyosalpingite et de son traitement chirurgical. — M. Leseaux. Des perturbations cardiaques dans le goitre exophthalmique. — M. Vergos. Des inflam-

mations et spécialement des phlegmons du membre thoracique consécutifs aux lésions de ce membre dans les arsenaux de la marine. — M. Le Gal. Essai sur la phlegmatia alba dolens des femmes en couches. — M. Girard. Essai sur la pathogénie des hémorrhagies dans les maladies infecticuses.

FORMULES

1. Picrotoxine.

Substance non définie chimiquement, extraite de la Coque du Levant, elle se présente sous forme d'une substance incolore, cristallisable, neutre, très amère ; elle est très peu soluble dans l'eau froide.

La picrotoxine est un poison convulsivant ; la plupart des auteurs sont d'accord pour admettre son action sur le bulbe.

Elle a été employée avec avantage hypodermiquement par M. Westbrook (1) pour combattre les sueurs nocturnes des phtisiques (doses 1/2 à 3 milligr.).

AVIS A NOS ABONNÉS. — *L'échéance du 1er JUILLET étant l'une des plus importantes de l'année, nous prions instamment nos souscripteurs, dont l'abonnement expire à cette date, de nous envoyer le plus tôt possible le montant de leur renouvellement. Ils pourront nous adresser ce montant par l'intermédiaire du bureau de poste de leur localité, qui leur remettra un reçu de la somme versée. Nous prenons à notre charge les frais de 3 0/0 prélevés par la poste, et nos abonnés n'ont rien à payer en sus du prix de leur renouvellement.*

Nous leur rappelons que, à moins d'avis contraire, la quittance de réabonnement leur sera présentée le **25 juillet**, *augmentée de* UN FRANC *pour frais de recouvrement. Nous les engageons donc à nous envoyer d'ici là leur renouvellement par un mandat-poste.*

Afin d'éviter toute erreur, nous prions également nos abonnés de joindre à leur lettre de réabonnement et à toutes leurs réclamations la bande de leur journal.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 21 juin au samedi 27 juin 1885, les naissances ont été au nombre de 1166, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 459, illégitimes, 149. Total, 608. — *Sexe féminin* : légitimes, 403 ; illégitimes, 155. Total, 558

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 ; 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 21 juin au samedi 27 juin 1885, les décès ont été au nombre de 892, savoir : 485 hommes et 407 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 7. F. 6. T. 13. Variole : M. 1 F. 1, T. 2. — Rougeole : M. 12. F. 14, T. 26. — Scarlatine : M. 1 F. 1 T. 2. — Coqueluche : M. 3. F. 1. T. 4. — Diphthérie, Croup. M. 14 F. 19, T. 33. — Dyssenterie : M 1. F. ., T. 1. — Erysipèle : M. 4, F. 3, T. 7. — Infections puerpérales : 5 — Autres affections épidémiques : M. ., F. ., T. .. — Méningite tuberculeuse et aiguë : M. 26 F. 17, T. 43. — Phthisie pulmonaire : M. 90, F. 72 T. 162. — Autres tuberculoses : M. 12, F. 8. T. 20. — Autres affections générales : M. 15, F. 31 T. 46. — Malformations et débilité des âges extrêmes : M. 25, F. 26, T. 51. — Bronchite aiguë : M. 8. F. 3, T. 11. — Pneumonie : M. 27, F. 41, T 68. — Athrepsie : M. 52, F. 35. T. 87. — Autres maladies des divers appareils : M. 162. F. 115, T. 277. — Après traumatisme : M. ., F. ., T. .. — Morts violentes : M. 20, F. 6. T. 26. — Causes non classées M. 5, F. 3, T. 8.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 111 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 42 ; illégitimes, 21. Total : 63. — *Sexe féminin* : légitimes, 25 ; illégitimes, 13. Total : 38.

CONCOURS DU BUREAU CENTRAL. — Le concours pour une place d'accoucheur des hôpitaux s'est terminé par la nomination de M. DOLÉRIS.

CONCOURS DU BUREAU CENTRAL. (*accouchements*). — Questions données : épreuve orale : dystocie dans le cas de corps fibreux de l'utérus ; rigidité de l'orifice utérin pendant le travail de l'accouchement ; épreuve de médecine opératoire ; ligature de l'humérale au pli du coude ; désarticulation de l'épaule.

CONCOURS *pour deux places de chirurgiens des hôpitaux*. — Questions données. Médecine opératoire : ligature de l'humérale à la partie moyenne du bras ; amputation de la jambe au lieu d'élection ; ligature de la radiale à l'union du tiers supérieur et du tiers moyen de l'avant-bras ; amputation du premier métatarsien avec le gros orteil. — Epreuve orale : kystes des maxillaires ; genu valgum, cataracte traumatique. Admissibles aux épreuves définitives, MM. Brun, Picqué, Routier, Petit-Vendol et Michaud (*ex-æquo*), Bazy et Marchand (*ex-æquo*), Jullien.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — MM. Desplats et Bourgoin, agrégés, sont appelés à l'exercice du 6 juillet au 20 août 1885.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — Un concours s'ouvrira à la Faculté de médecine de Bordeaux, le vendredi 25 septembre 1885, pour deux places d'aide d'anatomie.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — M. NICOLAS est nommé chef des travaux anatomiques, en remplacement de M. Etienne.

ECOLE DE MÉDECINE D'ALGER. — Un concours s'ouvrira le lundi 19 octobre 1885, pour une place de chef de clinique chirurgicale. — Un concours s'ouvrira le jeudi 22 octobre 1885 pour une place de chef de clinique obstétricale.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE. — Séance du lundi 6 juillet 1885, à 4 heures très précises, au Palais de Justice dans la salle des Référés. Ordre du jour : Election de quatre membres titulaires. Election d'un membre correspondant étranger. Communication de M. Daillet, pharmacien à Auxerre. M. Danet, à quelles causes attribuer la fréquence des acquittements en cour d'assises, en matière d'attentats contre les personnes. Sur un cas de monomanie lubrique. Rapport par M. Trochon, avocat, membre correspondant. Communications diverses.

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — Le ministre de la guerre vient d'informer les préfets que l'effectif des élèves en pharmacie du service de santé militaire étant suffisant pour répondre aux besoins du service, les étudiants de cette catégorie ne seront pas admis à concourir cette année.

CHOLÉRA EN ESPAGNE. — L'épidémie continue à faire des ravages dans la péninsule. Le 29 juin, on constatait à Madrid 5 cas (1 décès), à Aranjuez, 134 cas (34 décès), dans la province d'Alicante, 125 cas (43 décès), dans la province de Valence, 556 cas (301 décès), dans la province de Cuenca, 3 cas (2 décès), dans la province de Sarragosse, 81 cas (43 décès), dans la province de Murcie, 213 cas (94 décès), dans la province de Castellon, 105 cas (66 décès). On signalait de plus quelques cas dans les provinces de Tolède, d'Almeiria et de Teruel. — La commission française composée de MM. Brouardel, Charrin, et Albarran, a quitté Paris cette semaine.

EXCURSION GÉOLOGIQUE. — M. Stanislas MEUNIER, aide-naturaliste au Muséum d'Histoire naturelle, fera une excursion géologique publique le dimanche 5 juillet 1885, à la côte des Eparmailles, Provins, Poigny et Longueville. Rendez-vous : gare de l'Est, où l'on prendra à 7 h. moins 5 minut., le train pour Provins. — *N. B.* On sera rentré à Paris à 8 h. 44. Pour profiter de la réduction de 50 0/0 accordée par le chemin de fer, il est indispensable de verser le montant de la demi-place au laboratoire de géologie (galerie de géologie) avant samedi soir à 4 heures.

NÉCROLOGIE. — Le Dr Ch. MASSON (de Paris). — Les Drs GAUDEFROY et COUTURE, médecins de la marine. — Le Dr HESLOP (de Birmingham). — Le Dr BRIXHE, doyen des médecins de Liège, mort à 89 ans. Il avait fait la campagne d'Allemagne avec Napoléon Ier. — M. le Dr Charles MASSON. — Dr CHASPOUL (de Marseille).

Chronique des hôpitaux.

Hospice de Bicêtre. — *Maladies mentales* : M. CHARPENTIER, le *mercredi* à 8 heures 1/2. — *Maladies nerveuses des enfants, épilepsie* : M. BOURNEVILLE, le *samedi* à 9 heures 1/2.

Hôpital de la Charité. — *Clinique médicale* : M. PETER, salles Saint-Jean-de-Dieu et Sainte-Madeleine, lundi, mercredi, 9 heures — M. HARDY ; mardi et samedi à 10 heures. — M. le Dr LUYS, le jeudi à 10 h. du matin. Il traite de la structure du cerveau.

Hospice de la Salpêtrière. — *Clinique des maladies nerveuses* : M. le professeur CHARCOT : leçons pratiques le mardi à 9 h. 1/2 ; leçons à l'Amphithéâtre le vendredi. — *Clinique mentale* : M. le Dr LEGRAND DU SAULLE, le dimanche à 9 h. 1/2.

(1) Westbrook. *Archives de pharmacie*, p. 867, 1884.

13e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. II. N° 28   BUREAUX : RUE DES CARMES, 14.   11 JUILLET 1885.

Le Progrès Médical

CLINIQUE MÉDICALE

Note sur un cas de pneumonie franche aiguë du côté gauche avec herpès considérable de la lèvre supérieure, de l'oreille droite et du côté droit du cou;

Par le Dr J. SÉGLAS.

Plusieurs auteurs, entre autres MM. Parrot (1), Lagout (2) et notre excellent maître, le Dr Fernet (3), recherchant la pathogénie de la pneumonie franche aiguë, ont attiré l'attention et insisté sur l'analogie de l'évolution de cette maladie avec celle des herpès aigus fébriles et sur la fréquente coïncidence de l'herpès de la gorge ou des lèvres qui ne seraient plus, suivant eux, des phénomènes critiques, mais une manifestation locale analogue à celle qui constitue la pneumonie.

Ces herpès sont quelquefois très étendus et très disséminés, affectant aussi bien la peau que les différentes muqueuses et se développant sur la conjonctive, dans l'isthme du gosier, aux parties génitales ou bien prenant les formes plus caractérisées désignées sous le nom de zona ophthalmique et zona thoracique. M. Fernet en rapporte même un exemple frappant que nous résumerons brièvement.

Il s'agit d'une dame de 32 ans, qui, à la suite d'un refroidissement excessif, fut prise le lendemain d'un frisson intense et prolongé, de céphalalgie, de courbature, de mal de gorge et d'un point de côté sous le sein droit. Appelé le deuxième jour de la maladie, M. Fernet constate une angine herpétique et une pneumonie du côté droit; fièvre vive et continue. Au troisième jour, l'éruption herpétique occupe les deux amygdales, les piliers et même plusieurs points du voile du palais et de la luette. Le soir de ce jour et le lendemain apparurent successivement quelques vésicules d'herpès sur la narine droite, un zona de la paroi thoracique sur le trajet du huitième nerf intercostal, un herpès de la dernière phalange du doigt médius de la main gauche et une éruption de même nature aux parties génitales.

L'angine s'améliora la première; la pneumonie suivit une marche régulière; le sixième jour survint une crise de sueur, puis la chute brusque de la température. Dès lors, la résolution de la pneumonie se fit progressivement et les croûtes des différents herpès cutanés tombèrent au bout d'une huitaine de jours.

Nous avons eu nous-même l'occasion de voir dans notre clientèle un malade dont l'observation présente de nombreuses analogies avec celle que nous venons d'analyser.

Le 14 mars, nous sommes appelé dans l'après-midi auprès d'un jeune garçon de 10 ans, bien constitué, *sans antécédents d'aucune espèce*, et qui, le 12, avait été pris, à la suite d'un *refroidissement*, de frissons continus avec tremblements, de céphalalgie, de courbature, de dyspnée et d'une toux sèche et fréquente avec un violent point de côté à gauche,

La fièvre est intense ; pouls 120, fort, régulier, sans intermittence; la face est très rouge, également des deux côtés. Céphalalgie frontale très vive et persistante. Insomnie. Point de côté à la base gauche; la douleur n'est pas exagérée par la pression. Dyspnée assez vive ; respiration fréquente et très courte, anhelante ; toux fréquente, pas de crachats. Cependant, à chaque quinte de toux, il paraît s'en détacher quelques-uns que le malade doit avaler.

A l'examen de la poitrine, nous trouvons en avant un peu de matité sous la clavicule gauche; rien à l'auscultation. Le côté droit ne présente rien d'anormal. En arrière, nous trouvons une matité très évidente dans la fosse sous-épineuse du côté gauche; l'auscultation permet d'entendre à ce niveau des râles crépitants assez rares se produisant par bouffées et à l'inspiration. La respiration est un peu soufflante; pas de bronchophonie manifeste; rien à la base, rien du côté droit. Douleurs à la pression sur le trajet du phrénique et du pneumogastrique gauches.

Sur la lèvre supérieure, on remarque des vésicules d'herpès très confluentes, partant des ailes du nez et allant en triangle jusqu'aux commissures labiales, recouvrant toute la lèvre supérieure comme d'une vaste plaque. *Les vésicules ont paru dès le 12 mars*, jour du début de la maladie. Rien dans le nez, ni dans la bouche, ni dans la gorge. — Langue assez bonne, un peu blanche; inappétence, pas de soif exagérée. Selles normales, pas de vomissements. Ventre souple, non douloureux. Urines normales. Tisanes, lait, potion de kermès. Vomitif.

15 *mars* soir. L'enfant a rendu, sous l'action du vomitif, une dizaine d'ascarides. Nuit bonne, sans agitation. Pouls 120, régulier, assez fort. Le point de côté persiste. Comme phénomènes stéthoscopiques nouveaux, on ne constate qu'une accentuation et une augmentation des râles crépitants dans la fosse sous-épineuse gauche.

L'herpès présente le même aspect; les voies digestives sont dans le même état. Même traitement.

16 *mars* soir. Nuit très mauvaise; insomnie, agitation, rêves; quintes de toux très fréquentes, n'amenant aucun crachat. Dyspnée vive. Pouls 124, fort, régulier; peau chaude, front couvert de sueur. En avant, sous la clavicule gauche, la percussion dénote une matité très manifeste à l'auscultation; souffle tubaire affaibli, s'entendant à l'inspiration ; rien de particulier du côté droit. En arrière, élévation de tonalité à la percussion et résistance au doigt dans la fosse sus-épineuse gauche. A l'auscultation, on entend des râles crépitants très nombreux dans toute l'étendue de la fosse sous-épineuse, ainsi que du souffle tubaire; bronchophonie au même niveau ; rien à la base. — Le côté droit ne présente rien de particulier, sauf du souffle par propagation.

L'herpès de la lèvre est toujours aussi intense; près de la commissure gauche, quelques vésicules sont remplacées par des croûtes.

Dans l'*oreille droite*, apparition de nombreuses vésicules agglomérées surtout à la partie supérieure de l'ourlet et dans tout le pavillon de l'oreille. Rien dans le conduit auditif, ni dans la gorge. Pas de surdité, de bourdonnements d'oreille, ni de gêne de la déglutition.

On trouve aussi un groupe de quatre à cinq vésicules herpétiques sur le côté droit *du cou*, en avant du sterno-mastoïdien un peu au-dessus du niveau de l'angle de la mâchoire. Il n'existe aucun des points caractéristiques de la névralgie faciale. — Même traitement : potion de Todd.

17 *mars, matin*. Nuit bonne; pouls 104. Dyspnée moins vive, point de côté persistant, pas de modifications sensibles dans l'état de la poitrine. L'herpès ne s'est pas modifié. Vésicatoire.

(1) Parrot. *De la fièvre herpétique* (*Gaz. hebdom.*, 1871.)
(2) Lagout. *Mém. Soc. méd. hop.*, 1873, *p.* 91.
(3) Fernet. *De la pneumonie aiguë et de la névrite du pneumogastrique* (*France médicale*, 1878, *nos 23 et 24*.) — *De la pneumonie franche aigue, son évolution et sa crise* (*Arch. de méd.*, juillet et août 1881.) — *Pneumonie franche aigue accompagnée d'herpès multiples* (*France médicale*, mars 1882).

18 *matin*. Nuit bonne ; moins d'oppression ; toux fréquente comme éructante ; même état de la poitrine. Visage coloré, peau chaude sans sueurs : pouls 108.

L'herpès de l'oreille n'a pas changé d'aspect, celui de la lèvre est couvert de croûtes. *Sur le pilier antérieur gauche du voile du palais, on voit un petit point blanchâtre, comme un dépôt caséeux.* Pas de rougeur inflammatoire ni de tuméfaction de l'isthme du gosier.

19 *soir*. Nuit bonne, *sueurs très abondantes hier* ; peau moins chaude. Pouls 108, figure moins colorée ; oppression moins grande. L'herpès labial a presque disparu ; il ne reste plus que trois ou quatre croûtes disséminées sous le nez et au bord de la lèvre. Celui de l'oreille commence à présenter quelques croûtes sur l'ourlet. Les phénomènes stéthoscopiques se sont un peu modifiés ; les râles ont presque disparu. Le souffle tubaire s'entend aux deux temps sous la clavicule, dans l'aisselle, dans la fosse sous et sus-épineuse. Le maximum est toujours sous l'épine de l'omoplate.

Langue assez bonne, pas de selles depuis trois jours. Ventre tendu, non douloureux.

Lavement : 40 gr. de miel de mercuriale. Potion ext. quinquina.

20 *soir*. Les sueurs ont continué hier avec abondance. La respiration est plus calme, la toux moins fréquente ; plus de point de côté. Peau fraîche, coloration de la figure presque normale. Pouls 80.

En avant, sub-matité sous la clavicule gauche; souffle tubaire éloigné. En arrière, de ce côté, souffle tubaire très net dans la fosse sus et sous-épineuse, plus fort à l'expiration. Pas de râles.

Sub-matité au sommet droit; résonnance du souffle tubaire; quelques petits râles disséminés. L'herpès de la lèvre disparaît de plus en plus. A l'oreille les vésicules de l ourlet sont couvertes de croûtes ; celles du pavillon existent toujours et forment presque une phlyctène. Le point caséeux du pilier du voile du palais a disparu.

21 *soir* Nuit excellente ; plus de quintes de toux ; pas d'oppression ; facies excellent ; peau fraîche ; pouls 78. Le souffle tubaire se localise sous l'épine de l'omoplate du côté du bord spinal. A l'angle de l'omoplate on entend quelques râles de retour.

Il ne reste plus que deux croûtes d'herpès sur la lèvre ; l'ourlet est dégagé ; les vésicules du pavillon gardent le même aspect.

25 *soir*. Pouls 76 ; convalescence complète ; le sommeil et l'appétit reviennent ; plus d'oppression ; encore un peu de sub-matité sous l épine de l'omoplate gauche. A ce niveau, respiration un peu rude, quelques râles sous-crépitants très rares. L'herpès a totalement disparu.

Nous n'insisterons pas sur la pneumonie en elle-même, car elle n'offre rien de particulier ; la marche de la fièvre a été normale, elle est tombée du 7e au 8e jour au moment de la crise qui s'est faite par des sueurs très abondantes, comme l'a très bien montré M. Fernet dans son mémoire.

Le seul point auquel nous nous arrêterons est la coïncidence avec la pneumonie de ces herpès que nous avons signalés ; leur éruption, leur évolution, leur disparition simultanées. Ce n'est pas qu'il soit rare de voir l'apparition d'herpès coïncider avec la pneumonie surtout l'herpès naso-labial. Mais alors il a une marche spéciale, il est généralement plus tardif que l'affection pulmonaire ce qui, autrefois, le faisait considérer comme le phénomène critique ; à tort, dit M. Fernet, qui le regarde presque comme un symptôme et a noté son apparition régulière à la fin du 3e jour. Dans notre observation, au contraire, et dans celle qui la précède, l'apparition de la pneumonie et des herpès a été simultanée.

Sans chercher à établir sur ce fait une théorie pathogénique de la pneumonie, il nous a semblé assez intéressant pour être rapporté, à cause de l'abondance un peu insolite de l'éruption herpétique et de sa marche parallèle à celle des symptômes de l'affection pulmonaire.

Nous noterons enfin, pour terminer, que dans les deux observations que nous venons de citer, le froid paraît avoir été la seule cause qui a déterminé l'éruption herpétique aussi bien que la pneumonie.

Chez notre malade, nous n'avons pu, malgré toutes nos recherches, relever de traces d'aucun antécédent, d'aucune diathèse. Aussi,bien que nous n'ignorions pas que l'origine exclusive *a frigore* des herpès soit actuellement fort discutée, et tout en reconnaissant d'ailleurs la multiplicité des causes de cette affection, nous pensons que dans certains cas, peut-être exceptionnels, le froid peut constituer à lui seul toute l'étiologie (1).

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Vaccination cholérique. — Le Dr Ferran.

Nous n'avions pas cru dès l'origine (nov. 1884) entretenir nos lecteurs du *peronospora Ferrani*, dont les caractères morphologiques nous rappelaient plus ou moins les parasites jadis décrits par d'anciens auteurs, entre autres par M. Hallier, qui tous ne relèvent plus à juste titre que de la critique historique (2). Cependant, lorsque la question Ferran eut été soulevée par les journaux politiques français, puis par les innombrables journaux de médecine de l'Espagne, nous n'avons pas cru devoir examiner l'ensemble de ces publications ; Nous avons fait appel à notre ami le Dr Capitan.

Nos lecteurs savent avec quel soin, avec quelle compétence, M. Capitan s'est acquitté de sa tâche. Sa critique était inspirée par les principes scientifiques qui doivent guider le véritable savant qui cherche en dehors de toute préoccupation d'hommes ou de pays, la vérité, le progrès. Les objections faites aux travaux de Ferran et de ses disciples (3). Depuis lors plusieurs organes de la presse médicale et M. le professeur Fol dans le *Journal de Genève* (4), sont venus à leur tour et dans des termes plus vifs que nous, contester les assertions du Dr espagnol, nous ne disons pas du *médecin*, ce mot impliquant vulgairement l'idée de dévouement et de générosité.

Les constatations faites par la mission française envoyée en Espagne viennent justifier aujourd'hui les doutes que nous avions émis précédemment. Nous croyons devoir extraire du rapport de MM. Brouardel, Charrin et Albarran, les passages suivants qui permettront à nos lecteurs de porter un jugement définitif sur les inoculations de M. Ferran :

La Commission française est arrivée à Valence, le lundi

(1) A. Ollivier. — *Nouvelles recherches sur la pathogénie de l'angine herpétique* (*Union médicale*, 1884, n° 151.)

(2) V. *Progrès médical, les parasites du choléra*, 15 août 1883.

(3) Capitan. — *Le peronospora Ferrani et la vaccination cholérique* (*Progrès médical*, 13 juin). — Le n° du 5 juillet 1885 du [illegible] p. 428-430, contient une longue lettre de M. Ferran en réponse à cet article. Nous laissons à notre collaborateur le soin d'y répondre s'il le juge à propos. — Voir encore Doyen : [illegible] *sur l'évolution du bacille virgule du choléra* (*Progrès médical*, 4 juillet 1885).

(4) *Le choléra et les inoculations préventives du Dr Ferran* (*Journal de Genève*, 4 juillet 1885).

29 juin. Le mardi 30, à neuf heures du matin, elle avait une entrevue avec M. Ferran. Elle exposa immédiatement au médecin espagnol qu'elle était envoyée pour juger sa méthode, afin d'être capable d'en conseiller ou d'en déconseiller l'emploi en France, le cas échéant; que pour pouvoir porter un jugement il lui était nécessaire de connaître tous les procédés, tous les temps de cette méthode. M. Ferran n'hésita pas à répondre qu'il lui était impossible de dévoiler ses moyens d'atténuation, invoquant des motifs d'intérêt personnel, disant qu'il voyait ce qu'il donnait en livrant son secret, mais qu'il ne voyait point ce qu'il recevait en échange; il demanda qu'on lui assurât le prix Bréant de 100,000 fr.; la Mission lui fit remarquer que le prix dépendait de l'Institut. Le médecin espagnol se compara lui-même à un industriel qui, possesseur d'un procédé de sulfate de quinine à 0,25 le kilogramme, garderait son procédé; on lui objecta que la chimie donnait les moyens de vérifier la valeur du produit issu de cette fabrication, tandis que son vaccin ne pouvait se juger qu'en l'inoculant à l'homme.

La Mission demanda à M. Ferran de lui confier une partie de son liquide vaccinal pour le soumettre à loisir à ses propres moyens de contrôle. M. Ferran répondit qu'il ne permettait pas que son vaccin fût examiné en dehors de son laboratoire (1) (on verra plus loin ce que c'est que le laboratoire de M. Ferran). Cependant, en fournissant à la Mission une certaine quantité de vaccin, l'inventeur ne divulguait pas son secret, d'autant plus que, suivant lui, son vaccin ne se reproduit pas vaccin et que chaque provision nouvelle exige une nouvelle atténuation.

La Mission pria M. Ferran de réfléchir; elle se retira en annonçant qu'elle reviendrait dans l'après-midi. Elle délibéra, sa délibération fut courte. Il ne pouvait venir à l'esprit d'aucun homme sérieux de conseiller l'emploi d'un tel remède secret. Il aurait fallu ignorer les délicatesses, les variations des virus atténués, les difficultés souvent excessives de faire d'un virus un vaccin. Et ce vaccin s'adressait non plus à des moutons, mais à l'homme.

Le soir, la Mission trouva chez M. Ferran les mêmes dispositions. M. Ferran lui renouvela une proposition faite déjà le matin. La Mission préparerait une culture pure de bacilles virgules, la placerait dans une boite scellée, la remettrait à M. Ferran qui la garderait. La Mission, après avoir fermé les yeux pendant trois jours, serait appelée de nouveau et vaccinerait avec la culture en question. Se prêter à un pareil tour d'escamotage ne fut jugé ni digne, ni utile.

La Mission fit remarquer que de telles propositions étaient absolument contraires aux usages des commissions scientifiques. Elle fit de nouveau remarquer que ni les honneurs, ni l'argent ne manqueront à M. Ferran s'il faisait la preuve de sa découverte; il fallait à M. Ferran ces engagements immédiats. La Mission objecta qu'elle avait un rôle scientifique et non commercial à remplir. Elle ajouta qu'aucun savant n'avait agi de la sorte, que M. Ferran assumait une terrible responsabilité en ne divulguant pas les moyens qu'il croyait efficaces pour préserver du choléra; elle montra à M. Ferran la dépêche et la lettre qu'elle adressait au ministre. M. Ferran dit qu'il ferait connaître par lettre les motifs de son refus.

La Mission déclara alors que, ne pouvant conseiller l'emploi de ce qu'elle ne connaissait pas, elle considérait son rôle comme terminé.

La Mission avait pensé qu'il serait bon néanmoins de savoir la grande part de la vérité. Elle demanda à M. Ferran si les membres qui la composaient pourraient, à titre de simples confrères, avoir quelques renseignements. M. Ferran l'introduisit à ce moment dans son laboratoire; elle y rencontra ses principaux collaborateurs : M. Pauli, ingénieur (2); M. Pascuale, avocat; un accoucheur, un jeune médecin.

Voici la liste des appareils qu'on trouve dans ce laboratoire. Deux microscopes dépourvus l'un et l'autre d'éclairage spécial, un objectif ancien Nachet qui combiné à un oculaire 3 donne le plus fort grossissement dont puisse disposer M. Ferran; une étuve constituée par une caisse en bois rectangulaire au centre de laquelle brûle un peu de gaz baissé, cette étuve est privée de tout régulateur. M. Ferran, répondant à nos questions, nous a du reste déclaré n'en posséder aucun. Le laboratoire que nous avons visité manque de toutes les matières colorantes habituelles; M. Ferran, qui décrit au point de vue morphologique des choses si extraordinaires, dédaigne les colorations dont cependant les microbiologistes sans exception reconnaissent l'utilité. Si nous ajoutons à ce que nous venons de dire l'énumération d'un certain nombre de becs de gaz, de toiles métalliques, de matras, de quelques litres de bouillon de veau dont certains échantillons nous ont paru parfaitement stérilisés, nous avons, croyons-nous, donné une idée exacte de l'outillage scientifique du laboratoire du médecin de Tortose.

M. Ferran a bien voulu nous montrer quelques préparations.

La première, faite à l'aide d'une goutte puisée dans une culture contenant un nombre fort restreint de spirilles de longueur variable, dont il nous serait difficile de préciser les caractères, vu le peu de perfection des modes d'examen. Sur le trajet et aux extrémités du spirille, existaient un certain nombre de points sphériques que M. Ferran nous a dit être de magnifiques exemples de spores endogènes. Une des spirilles était bosselée, M. Ferran a expliqué le fait en disant que cet aspect tenait à la quantité de spores qu'elle renfermait. Dans une seconde préparation, nous avons constaté l'existence d'un certain nombre d'éléments mobiles se rapprochant du bacille virgule.

Le liquide vaccinal se présente extérieurement sous l'apparence d'un liquide jaune, louche, très trouble, rappelant l'aspect de vieilles cultures. M. Ferran, a bien voulu nous montrer une préparation obtenue à l'aide d'une goutte puisée dans ce liquide, qu'il nous a dit être son vaccin. Nous y avons constaté de nombreux éléments sphériques, quelques éléments se rapprochant comme forme du bacille virgule et enfin des éléments bacillaux rutilignes Les microbiologistes connaissent bien les éléments arrondis que l'on rencontre aux extrémités ou sur le trajet de certains bacilles. Nous avons demandé à M. Ferran pourquoi il considérait ces points sphériques comme des spores; il nous a répondu, sans nous fournir aucune préparation justificative, que ces points passaient par des grossissements successifs, formaient les corps mûriformes desquels s'échappait un jet de protoplasma constituant les spirilles. Quand la torsion des spirilles est peu marquée, leur segmentation donnerait naissance à des bacilles droits.

Ces examens ont été faits à un éclairage médiocre, avec des grossissements de 7 à 800 diamètres, alors que des grossissements de 1,100 à 1,400 sont ceux que l'on emploie aujourd'hui pour étudier la morphologie des microbes.

Comme M. Ferran ne pouvait pas nous montrer les phases diverses de la morphologie qu'il avait décrite, phases que tout le monde pouvait, suivant lui, reproduire facilement, nous l'avons prié de nous retracer théoriquement les évolutions multiples du bacille virgule telles qu'il les comprenait. Nous avons reconnu, à la suite de son aveu personnel, qu'il avait modifié ses opinions, et qu'il n'attribuait plus à l'oogone, à l'oosphère et au polinide, le rôle qu'il leur avait assigné dans un mémoire primitif. Il nous a même alors exposé l'état sous lequel il croit que le bacille virgule se présente dans les eaux et dans le sel, et cela sans qu'il l'ait jamais constaté.

Nous avons également demandé à M. Ferran pourquoi il ne

(1) Il paraît que cette prohibition n'est pas absolue, puisque M. Ferran (Loc. cit., p. [illegible]), s'offre à nous remettre une préparation de sa vaccine contre le choléra et de la soumettre à notre contrôle (Note de la *Rédaction*).

(2) Le Dr Pauli « n'est pas médecin », on lui doit un grand nombre de découvertes, tels que le procédé de photographie instantanée, un moyen de mesurer la puissance des piles électriques, et d'excellents travaux sur le microtéléphone, toutes choses qui ont été adoptées par les savants étrangers. M. Pauli a trente ans, est le bras droit de M. Ferran, etc ». (*El Dr Sangredo*, 1er juillet 1885, p. 1[illegible]) Dans le même numéro, p. 197, on trouve une lettre de M. Ermengem (sans date), qui semblerait indiquer (p. 198, ligne 3) que celui-ci partageait les opinions de M. Ferran. Nous laissons à notre collègue belge le soin d'établir jusqu'à quel point les opinions qu'on lui prête sont exactes. Quant aux découvertes que notre ami *El Sangredo* attribue à l'un des associés de M. Ferran, c'est-à-dire M. Pauli, souhaitons qu'elles reposent sur des faits moins contestés que la vaccination cholérique.

pouvait nous faire voir les formes si spéciales que seul il a décrites. Il nous a répondu qu'il n'avait conservé aucune préparation, qu'il ne possédait en ce moment aucune culture pouvant faire apprécier ces détails de morphologie, mais que si nous voulions attendre cinq à six jours, il pourrait nous montrer des corps mûriformes. D'autres plus heureux que nous ont pu voir ces corps interprétés par quelques médecins de Barcelone dans le sens de M. Ferran, considérés par M. Mendoza comme de simples cristaux.

En somme, relativement à la morphologie, nous n'avons obtenu que des promesses incomplètes; tout ce que nous avons pu voir par nous-mêmes n'était pas nouveau, et tout ce qui était nouveau nous ne l'avons pas vu.

Nous avons abordé le côté expérimental de la question; comme pour la morphologie, on nous a dit que nous n'avions qu'à le reproduire nous-mêmes. Au moment où nous nous trouvions dans le laboratoire, il n'y avait ni animaux en expérience, ni animaux prêts pour l'expérimentation. A nos observations, M. Ferran a répondu qu'ayant terminé la partie scientifique de son œuvre, il ne s'occupait plus que du côté pratique, savoir, la vaccination. Questionné sur les symptômes que présentaient les animaux, il a ajouté qu'après injection sous-cutanée d'un minimum de 2 centimètres cubes, les cobayes mouraient en quelques heures en hypothermie et avec des frissons, sans diarrhée ni vomissements. Aucun signe ne pouvait rappeler le choléra, les signes indiqués ci-dessus étant, comme le savent tous les expérimentateurs, communs à beaucoup de septicémies. Dans le sang de ces cobayes, on pouvait constater un certain nombre d'éléments arrondis, qu'il considère comme des micrococcus, mais on n'y voit ni spirilles, ni bacilles virgules. Si cependant on se reporte aux expériences de la commission de l'Académie de Barcelone, publiées dans le nº 6, vol. VIII de la *Gazette médicale catalane*, on voit que le sang des cobayes fourmille de spirilles, de virgules et de plusieurs autres corps mal déterminés. De plus, M. Ferran, d'après sa première communication, avait pu reconnaître dans le sang des cobayes des corps mûriformes, opinion déjà abandonnée par lui lors du rapport de l'Académie de Barcelone.

En somme, on peut donc constater, au point de vue expérimental, de nombreuses variations, comme on en a constaté au point de vue morphologique, dans les opinions du docteur Ferran.

Passant à l'étude du vaccin, nous avons reconnu une fois de plus que M. Ferran se refusait à nous indiquer son procédé d'atténuation, qu'il se refusait également à nous laisser emporter une certaine quantité de vaccin pour le soumettre à nos moyens personnels de contrôle, exigeant que ce contrôle ait lieu dans son laboratoire.

Il n'a pas voulu exposer les motifs qui, à notre grand étonnement, le faisaient agir de la sorte. Pourtant M. Ferran, qui ne veut pas céder la moindre parcelle de son liquide vaccinal, pourrait, d'après ses aveux, en fabriquer 2 mètres cubes par jour.

Le mercredi 1er juillet, il a vacciné devant nous une vingtaine de religieuses, de l'hospice des Petites-Sœurs des pauvres. Voici comment il a procédé : il a transporté son liquide vaccinal dans un matras, modèle Ferran, dont la fermeture laissait à désirer, et dont le contenu pendant le trajet en voiture avait, à plusieurs reprises, fortement imprégné l'ouate et le caoutchouc obturant le matras. Arrivé à l'hospice, M. Ferran a versé son vaccin dans une tasse non flambée, fournie par une religieuse. Il a puisé dans cette tasse, remplissant rapidement à chaque fois une seringue de 1 centimètre cube, munie d'une forte et large canule, les canules capillaires habituelles se brisant, selon lui, trop facilement. Il a injecté par piqûre de bas en haut, le contenu de la seringue dans la partie postéro-externe du bras, sans prendre la précaution d'expulser l'air introduit dans la seringue en même temps que le liquide aspiré, ni de flamber la canule. Chaque personne recevait 1 centimètre cube à chaque bras. M. Ferran nous a dit qu'en une minute il vaccinait quatre individus, soit huit injections. Les personnes ainsi inoculées présentent dans les vingt-quatre ou quarante-huit heures qui suivent, des phénomènes de malaise mal déterminé, des courbatures, quelques variations thermiques; on ne constate ni vomissements, ni diarrhée. Pas plus que pour les animaux, on n'a eu un tableau symptomatique se rapprochant du choléra. Dans le sang des personnes vaccinées on ne découvre ni spirilles, ni virgules. Dans les déjections il n'y a pas de bacilles-virgules. Enfin nous ajouterons que la Commission de Madrid considère ces inoculations comme inoffensives. Nous avons pu reconnaître par nous-mêmes que les personnes inoculées ne présentaient pas le lendemain d'accidents généraux graves.

Avant de procéder à l'examen des résultats statistiques, nous avons visité des cholériques au couvent des Petites-Sœurs des pauvres, où des inoculations avaient été pratiquées la veille, devant nous, à l'hôpital temporaire des cholériques où nous ont menés l'alcade de Valence et M. le docteur Gomez, professeur d'hygiène à l'Université de Valence. Nous avons pratiqué une autopsie et constaté que les lésions étaient bien celles du choléra.

Nous avons demandé à M. le docteur Ferran de nous indiquer dans quels villes et villages il avait pratiqué des inoculations et quels étaient ceux que nous devions plus particulièrement visiter. Sur ses indications, nous nous sommes rendus à Alcira, ville située à 37 kilomètres S.-O. de Valence; à Carcagente, ville située à 7 kilomètres S.-O. d'Alcira; Albérique, à 6 kilomètres O. d'Alcira; Algemise, 5 kilomètres N. d'Alcira.

Les statistiques, prises telles qu'on les publie, ne semblent pas défavorables à la pratique des vaccinations anticholériques. Mais avant de vous en lire les chiffres, quelques remarques sont nécessaires. Les renseignements que nous allons donner, nous ont été fournis par les alcades des villes et les gouverneurs des provinces, qui se sont mis à notre disposition avec un empressement et une bienveillance dont nous sommes heureux de les remercier publiquement.

Tous nous ont déclaré qu'au point de vue du recensement de la population, aucune statistique sérieuse n'existe en Espagne. Certains impôts analogues à nos droits d'octroi subissent une augmentation très notable, à mesure que s'accroît le nombre des habitants. Aussi le chiffre du recensement officiel est-il toujours très inférieur à la réalité. Exemples : A Alcira, le chiffre officiel est de 16,000, le chiffre réel serait de 20 à 28,000; pour Algemise, le chiffre officiel est de 7,856, le chiffre réel serait d'environ 10,500.

Ces renseignements sont confirmés par M. Gordillo Lozano qui, dans une brochure sur la mortalité à Madrid, dit : « Une des principales raisons qui fait que la mortalité à Madrid paraît exagérée, par rapport à celle des autres capitales, c'est que le recensement officiel des habitants est inférieur de 200,000 à la vérité. » Or, le chiffre officiel n'atteint pas 400,000. Il s'agit donc d'une erreur d'un tiers.

Il ne semble pas que le relevé du nombre de décès dus au choléra soit plus exact. Lorsque nous nous rendions à Alcira, nous nous sommes trouvés dans le même wagon qu'un colonel et deux officiers de son régiment qui ignoraient quels étaient leurs compagnons de route. Le colonel est commandant du cordon sanitaire qui entoure la province de Valence; il a raconté qu'il venait d'infliger à un des alcades de villages de la circonscription une amende de 125 fr. pour le fait suivant : Se défiant des déclarations de cet alcade, au sujet de la mortalité de ses administrés par le choléra, le soir (les enterrements se font la nuit), il posta deux de ses hommes près du cimetière, avec ordre de compter les morts. Le lendemain, ils déclarèrent avoir vu sept inhumations. Or, l'alcade déclara au colonel qu'il n'y en avait eu que deux !

Le même jour, nous sommes allés à Carcagente ; l'alcade nous déclara, sur notre demande, que bien qu'il y ait à Carcagente 10 à 12 décès cholériques par jour, on n'en déclarait pas plus de trois, craignant que la ville ne fût pourvue d'un cordon sanitaire.

L'écart est également excessif et personne ne peut dire quels décès on déclare, quels sont ceux que l'on dissimule, si ces erreurs portent de préférence sur les inoculés ou les non-inoculés.

Avant de juger la valeur des statistiques publiées, il faut donc reconnaître que nous ignorons le chiffre vrai de la population et celui des morts et que l'écart entre les déclarations

officielles et la réalité est tel qu'une déduction sérieuse est impossible. Ces causes de suspicion pèsent sur toutes les statistiques mortuaires espagnoles, mais il en est deux autres qui sont spéciales aux statistiques de M. Ferran.

La première est celle-ci : Les statistiques des inoculations cholériques et des réinoculations se trouvent exclusivement entre les mains des partisans de M. le Dr Ferran. Je m'empresse de dire que ceci n'est peut-être pas sa faute, car, à un moment, le gouvernement espagnol avait défendu la pratique des inoculations, celles-ci ont continué plus ou moins clandestinement, mais les autorités ont été dessaisies et son contrôle fait défaut. Il semble toutefois que M. Ferran, pour des raisons quelconques, ne désire pas communiquer ses tableaux statistiques aux autorités gouvernementales, car M. le gouverneur de la province de Valence nous a dit, devant l'alcade de cette ville, que le délégué du gouvernement aux statistiques ayant demandé les noms des personnes inoculées, on avait refusé de les lui donner, et qu'il se proposait d'adresser lui-même une nouvelle demande à M. Ferran.

Enfin, si, comme nous l'a dit M. Ferran, au début les vaccinations étaient gratuites, il faut reconnaître qu'aujourd'hui un très grand nombre, je n'oserai dire, n'ayant pas de chiffres officiels, le plus grand nombre, est payant; les prix varient de 5 fr. à 12 fr. 50. Beaucoup de partisans de la vaccination arrivent à Valence des environs, la maison vaccinale est toujours pleine et est organisée comme personnel de façon à ce que les opérations s'exécutent rapidement. Or, nous savons que ce sont surtout les populations pauvres qui paient un lourd tribut aux épidémies cholériques. Cinq ou dix francs, plus les frais de déplacement, représentent une somme bien supérieure à la valeur monétaire qui en France correspond à ce chiffre. Il y a donc par le fait des vaccinations payantes une sélection naturelle qui augmente le nombre des personnes aisées vaccinées et fausse les résultats bruts de la statistique. Il est facile après ces remarques de comprendre quelle est la valeur des statistiques publiées.

A Carcagente on n'a pas pu nous donner le chiffre des malades. On nous a dit que sur 165 inoculés aucun n'avait été atteint; mais une femme réinoculée, qui servait à Alcira chez M. Pelayo, est morte à Carcagente d'un choléra foudroyant. Dans une famille composée de cinq personnes, trois se firent vacciner, les deux autres auraient succombé du choléra. Ces deux personnes étaient phtisiques et leur état de santé les avait empêchées de se faire vacciner.

Les statistiques connues ne sont pas encore nombreuses, et on peut se demander si celles qui sont défavorables à la doctrine sont publiées. Ainsi, chez M. le gouverneur de Valence, il nous a été affirmé qu'à Mosanosa 66 0/0 des vaccinés avaient été atteints du choléra. Cette statistique devait, nous a-t-on dit, paraître dans un journal de Valence le 3 ou le 4 juillet.

En lisant ces tableaux, un fait nous frappe, c'est le nombre des réinoculés atteints et morts. Dans la doctrine de M Ferran, ceux qui sont inoculés une première fois ne possèdent qu'une immunité relative, ceux qui sont réinoculés possèdent une immunité presque absolue. Or, dans ces tableaux statistiques, nous trouvons 39 cas d'invasion chez les réinoculés, et 7 décès. La doctrine semble donc en défaut, et même pour les réinoculés l'immunité ne serait que relative et non absolue.

En résumé : le contrôle scientifique de la valeur des procédés employés par M. le Dr Ferran pour obtenir l'atténuation du virus cholérique, et l'étude complète du vaccin qu'il inocule, sont rendus impossibles par son refus ; les opinions de M. Ferran sur la morphologie du bacille et sur l'étude du sang des inoculés ont subi de nombreuses variations ; l'outillage scientifique de son laboratoire est loin de répondre aux nécessités et aux difficultés des études microbiennes ; les piqûres vaccinales pratiquées chez l'homme ou les animaux ne développent aucun symptôme qui rappelle une forme quelconque du choléra atténué ; il est vrai que ces inoculations sur l'homme paraissent inoffensives ; les statistiques mortuaires espagnoles possèdent toutes des défauts qui les vicient absolument; on ignore le chiffre réel de la population, on dissimule le nombre des décès dus au choléra. Pour des raisons spéciales, celles que publient les partisans de M. le Dr Ferran sont encore plus suspectes.

En tous cas, la réinoculation cholérique ne met pas sûrement à l'abri de l'invasion. Aucun des arguments invoqués en faveur de cette doctrine ne résiste à la critique : la preuve de la valeur prophylactique des inoculations anti-cholériques pratiquées par M. Ferran n'est donc pas faite. Il ne faudrait pas que l'erreur d'un des plus bruyants partisans des théories microbiennes atteignît la doctrine elle-même. Il ne suffit pas d'un imprudent pour compromettre son avenir. Nous sommes convaincus que la découverte de l'atténuation des virus est et demeurera une des formes les plus brillantes du progrès médical à la fin de ce siècle ; mais pour ne pas laisser encombrer la science de conceptions mal venues, il faut se défier de l'engouement des uns plus encore que des résistances des autres.

Quand on se trouve en présence de quelqu'un qui veut passer de la théorie à la pratique, et faire l'application prophylactique des inoculations aux maladies humaines, il faut, avant d'accepter ses propositions, faire subir à sa méthode, à ses procédés, les plus rigoureuses épreuves.

Jenner a hésité neuf ans avant d'oser inoculer James Phipps, le 14 mai 1796. Nous avons tous été témoins des longues hésitations, du labeur incessant de M. Pasteur, avant qu'il ait osé affirmer la valeur de ces atténuations de virus, et cependant il pouvait opérer sur des animaux et renouveler sans cesse l'expérience. Pour entreprendre de pareils travaux, il faut que l'honnêteté complète, absolue de l'homme, ne puisse être discutée, et ici l'honnêteté est plus rigoureuse qu'en toute autre occasion ; elle consiste à ne rien ignorer de ce qui peut compromettre la vie de son semblable, à posséder une instruction technique complète, à ne rien avancer sans l'avoir soumis au contrôle de tous. Plus les problèmes touchent de près à la vie humaine, plus la méthode scientifique doit être parfaite, plus le savant doit être armé.

M. Ferran me semble n'avoir pas compris l'importance de ces vérités, et il a abandonné le terrain des expérimentations et des études scientifiques pour entrer trop tôt dans ce qu'il appelle « la pratique ».

Cet extrait du rapport de la Commission française permet, dès maintenant, à nos lecteurs, de se faire une opinion sur la prétendue découverte de M. Ferran. Nous publierons dans le prochain numéro, à titre de documents, les lettres de MM. Pasteur et Ferran.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 29 juin 1885. — Présidence de M. Bouley.

M. E. Retterer a étudié *le développement des glandes vasculaires sanguines* chez les oiseaux et les mammifères. Il montre que ces organes résultent de l'enchevêtrement de deux tissus d'origine différente et primitivement séparés : l'un, mésodermique, représente la trame vasculaire; le second, ectodermique ou endodermique, est constitué par des éléments épithéliaux. L'origine de ces derniers affirme la nature épithéliale que M. C. Robin leur attribue depuis plus de vingt ans. — L'étude de leur évolution ultérieure éclaire et complète ces données. La bourse de Fabricius s'atrophie, sur l'oiseau adulte, par le passage du tissu lamineux embryonnaire à l'état de faisceaux de tissu cellulaire dense, ce qui coexiste avec la compression et la disparition des éléments épithéliaux. Les glandes à structure lymphatique de l'amygdale passent chez le mammifère adulte par des phases en tous points analogues, ce qui explique leur diminution de volume et de nombre, ce qui aussi confirme l'observation clinique : leurs altérations peu fréquentes chez l'adulte et, en particulier, la rareté, à cet âge, de l'hypertrophie primitive des amygdales.

M. R. Blanchard décrit un *nouveau type de sarcosporidies*, recueilli dans le gros intestin d'un Macropus Penicillatus. On croyait jusqu'ici que ces parasites se logeaient

*

uniquement à l'intérieur des fibres musculaires striées; l'espèce déterminée par M. R. Blanchard occupe au contraire exclusivement la couche sous-muqueuse. Ces sarcosporidies se présentent sous forme de petits corps blancs, de la taille d'un grain de millet, faisant saillie à la surface de la muqueuse. Chacun de ces kystes est limité par une délicate membrane, dont la rupture laisse échapper un nombre prodigieux de corpuscules réniformes, tout à fait semblables à ceux que les divers auteurs ont représentés pour les psorospermies des muscles. M. Blanchard retrouve là les équivalents des corpuscules falciformes des coccidies. Parmi ces protozoaires se trouvent des parasites de l'homme, dont l'importance a été jusqu'ici trop négligée en clinique.

M. Ch. Richet vient de faire de nombreuses recherches *sur la production de chaleur chez les enfants*, à l'aide du calorimètre à siphon qu'il a précédemment décrit. Il a employé un vaste cylindre de cuivre à double enceinte, muni d'orifices qui permettent le passage de l'air, et articulé en deux segments qui ne ferment pas hermétiquement (pour que la respiration ne se fasse pas en espace clos). La dilatation de l'air contenu dans l'enveloppe de cuivre mesure le rayonnement calorique, et elle-même est mesurée par la quantité d'eau qui s'écoule du siphon. Les enfants placés dans l'appareil y séjournaient pendant une heure; ils y étaient placés sans vêtements, reposant sur une petite couchette. Les résultats obtenus montrent que pour 18°, chez des enfants normaux, pesant entre 6,000 et 9,000 grammes, la production de chaleur est d'environ 4,500 calories par kilogramme et par heure. Des lapins introduits dans l'appareil donnent la même quantité de calorique que des enfants pesant trois fois davantage.

M. Vanlair communique les résultats de ses recherches *sur la régénération des nerfs périphériques*. Si les phases initiales de l'évolution s'accomplissent suivant des règles constantes, les stades ultérieurs sont loin d'offrir la même uniformité. Tantôt la masse névromateuse formée reste absolument stérile; tantôt on voit s'organiser, aux dépens et dans l'intérieur même du névrome, de véritables névricules. Ceux-ci peuvent, ainsi que l'interstice musculaire, servir de guide aux formations nouvelles et en fixer la direction. Les vaisseaux eux-mêmes, dans un grand nombre de cas, se montrent entourés d'un manchon plus ou moins complet de tissu fasciculaire, qui leur forme une sorte d'adventice nerveuse qu'ils transportent au loin avec eux. Le tissu nerveux, pour se maintenir et s'organiser, semble ainsi avoir besoin de tutelle. Paul Loye.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 4 juillet 1885. — Présidence de M. P. Bert.

M. Dumontpallier rappelle que MM. Bernheim et Beaunis ont obtenu *par suggestion* les effets habituels d'un vésicatoire à l'aide d'une simple feuille de papier. Ayant répété ces expériences, il n'a pu obtenir la formation de vésicules, mais il a noté une élévation de la température du membre de 4° au-dessus de la moyenne habituelle. Une fois, une ecchymose s'est produite, mais l'auteur reste dans la plus grande réserve à son sujet.

M. Brown-Séquard a depuis longtemps noté que chez les hypocondriaques qui s'imaginent, un jour, avoir une affection du foie, il survient une congestion hépatique très appréciable. Carpenter a en outre cité l'exemple suivant. Un enfant avait le bras appuyé sur le rebord d'une fenêtre à guillotine: celle-ci tomba. La mère, qui venait de prévoir l'accident, eut une syncope. Le lendemain, elle présentait sur le même bras et à la même place un sillon inflammatoire qui s'ulcéra bientôt et dont la guérison fut plus longue que celle du bras de sa progéniture.

M. Ch. Féré avait eu depuis longtemps l'occasion d'observer des ecchymoses survenues dans de semblables conditions; c'est de cette façon qu'on doit interpréter l'apparition des phénomènes subjectifs qui surviennent chez les stigmatisées.

M. P. Bert annonce à la Société que M. Brown-Séquard a obtenu à l'Académie des sciences le *prix biennal* de 20,000 fr.

M. Ch. Féré, dans une communication ayant pour titre: *Sensation et mouvement, contribution à la physiologie du sphincter de l'anus*, continue ses recherches sur les rappports des états physiques et de l'état dynamique, et montre qu'en choisissant les muscles on peut chez des sujets normaux trouver des effets tout aussi délicats que chez les névropathes. Ces expériences, qui mettent en lumière plusieurs points intéressants de la physiologie du sphincter, sont tout à fait confirmatives des précédentes conclusions de l'auteur. Au moyen d'un dispositif expérimental particulier, M. Féré a pu inscrire les contractions du sphincter, dont l'intensité et la durée sont nettement influencées par un certain nombre d'excitations extérieures.

M. d'Arsonval fait une communication *sur les courants d'action et leur variation négative*. Il étudie principalement l'organe électrique de la torpille. Après avoir rapporté, d'après les belles recherches de M. Ranvier, la disposition des nerfs dans l'intérieur de cet organe, il dit que celui-ci n'est en résumé qu'un muscle dans lequel les cellules musculaires sont superposées de façon à associer leurs variations négatives.

M. P. Bert analyse l'action des mélanges de chloroforme à 12 grammes vaporisés dans 100 litres d'air.

Elections. — M. Bourquelot est élu membre de la Société. Gilles de la Tourette.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 7 juillet 1885. — Présidence de M. Bergeron.

Election d'un membre titulaire dans la section d'hygiène publique, médecine légale et police médicale. — Sont proposés: en 1re ligne, M. Vallin; en 2e ligne, M. Ollivier; en 3e ligne, M. Motet; en 4e ligne, M. Napias; en 5e ligne, M. Legrand du Saulle; en 6e ligne, M. Laugier. Votants, 70; majorité, 36. Au premier tour de scrutin, M. Vallin obtient 64 voix; M. Legrand du Saulle, 2; M. Motet, 1; M. Ollivier, 1; bulletins blancs, 2. En conséquence, M. Vallin est proclamé membre de l'Académie. Son élection sera soumise à l'approbation de M. le président de la République.

M. Polaillon présente une malade, sur laquelle il a pratiqué avec succès l'opération de la *néphrectomie*, et insiste sur ce fait que la présence d'un seul rein suffit à l'excrétion de l'urée contenue dans l'organisme.

M. Doyen fait une communication sur le *choléra asiatique*. M. Doyen a constamment trouvé le bacille virgule dans le contenu de l'intestin des cholériques. L'examen des coupes de l'intestin contient le bacille virgule mêlé à d'autres bactéries. Des fragments de foie et du rein ensemencés dans de la gélatine ont donné des cultures de bacille virgule et de quelques autres bactéries. M. Doyen pense que le choléra est une infection microbienne générale complexe consécutive à l'entéromicose. Des injections, dans l'estomac de cobayes, de 1 cent. cube 8 d'alcool, puis une heure après de 10 cent. cubes de bouillon contenant des bacilles virgules, ont engendré le choléra chez ces animaux.

M. Duroziez lit une note sur le *bruit de galop crural*.

M. Brouardel, en son nom et en ceux de MM. Charrin et Albarran, donne lecture du *rapport* qu'il vient d'adresser au ministre du commerce, *sur les essais de vaccination cholérique entrepris en Espagne par M. Ferran*. (Voir plus haut, p. 20.) A. Josias.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 8 juillet 1885.—Présidence de M. Horteloup.

Oophorectomie.— M. Terrier rapporte une très intéressante observation d'opération de Battey sur une femme qui ressentait des douleurs extrêmement violentes à chaque

période menstruelle, et qui avait, de plus, de fréquentes attaques d'hystérie. Antérieurement à l'opération de Battey, M. Terrier avait enlevé à cette même malade un kyste de l'ovaire. Après cette double castration, les douleurs abdominales ont été atténuées dans une très large mesure et les crises d'hystérie ont complètement disparu. Cependant la malade est toujours nerveuse. Elle n'a point engraissé; les règles sont revenues une seule fois, elles ne présentèrent rien d'anormal, depuis elles n'ont pas reparu. Cette observation, très satisfaisante au point de vue de la thérapeutique, est remplie de considérations physiologiques d'un grand intérêt.

M. Trélat fait remarquer que les indications de cette opération sont bien délicates à saisir. Il pense, avec le professeur Charcot, dont on connait la haute compétence en ces matières, que l'hystérie ne peut être guérie par une opération et que celle-ci doit être réservée pour certains cas très rares, à accidents nettement localisés et d'un diagnostic extrêmement délicat.

M. Marchand est porté à croire, d'après ses lectures, que la double ovariectomie tend à être abandonnée même par les chirurgiens qui l'ont le plus pratiquée. La raison en est que le plus souvent on n'obtient qu'une rémission dans les accidents. C'est ce qui est arrivé à une malade que M. Marchand avait refusé d'opérer: les deux ovaires lui furent enlevés, les douleurs diminuèrent pour revenir trois mois après avec la même intensité, et, ces jours derniers, la malade a trouvé un chirurgien qui a bien voulu céder à ses prières et lui enlever l'utérus.

M. Pozzi pense que si, en général, l'hystérie ne peut être guérie par l'ovariectomie, il est des hystéries d'origine ovarienne qui peuvent être guéries, ou tout au moins notablement améliorées, par cette opération.

M. Terrier répète que, tout en partageant les idées émises par M. Trélat, il s'est trouvé en face d'une malade atteinte de douleurs épouvantables, et qu'il ne s'est pas cru le droit de ne pas intervenir. Ce faisant, il n'a point cherché la guérison de l'hystérie, mais la suppression des attaques dont les douleurs ovariennes étaient la cause à chaque période menstruelle.

Cure radicale du varicocèle. — M. Gillette, parlant de la cure radicale du varicocèle, est d'avis, avec M. Gosselin, qu'il faut distinguer entre les gens riches et les ouvriers. Chez ces derniers, l'opération peut être indiquée et alors M. Gillette emploiera de préférence le procédé de M. Horteloup (résection bilatérale du scrotum et du plexus veineux postérieur). Il présente un sujet opéré par ce procédé, le résultat est excellent.

M. Horteloup présente les moulages de varicocèles opérés par son procédé. Le résultat est des plus séduisants.

M. Reclus rappelle que l'atrophie testiculaire par sclérose est souvent la conséquence du varicocèle et voit dans ce fait une indication d'être moins réservé au point de vue opératoire. D'autant que M. Horteloup vient de dire qu'il avait vu un testicule atrophié reprendre ses dimensions premières après l'intervention. Ce dernier point mérite de fixer l'attention des observateurs, car dans les cas de sclérose vraie, comme M. Reclus en a constatés, un processus réparateur paraît impossible.

M. Nicaise demande à M. Horteloup s'il n'a pas dit qu'il considérait le groupe veineux postérieur (funiculaire) comme étant plus et plus souvent lésé que l'antérieur.

M. Horteloup répond qu'il est difficile d'établir une règle générale à ce sujet, et qu'en effet il a plusieurs fois noté que le plexus des veines funiculaires était atteint le premier. Une autre fois il a vu les varices localisées à la moitié supérieure de ce plexus.

M. Pozzi présente un aspirateur-injecteur très ingénieusement construit par M. Verbert. Un instrument analogue, mais moins parfait, avait été antérieurement construit par M. Noël.

M. Poulet présente une luxation phalango-phalangienne du deuxième orteil.

M. Monod présente un rein fistuleux qu'il a enlevé tout dernièrement. L'opéré est dans un état satisfaisant.

Paul Poirier.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 24 juin 1885. — Présidence de M. Duhomme.

La société adopte sur la proposition de M. C. Paul l'insertion dans ses *Bulletins* de l'éloge de M. N. Guéneau de Mussy prononcé à l'Académie de Médecine, par M. Féréol.

M. Martineau offre à la société ses *Leçons sur la blennorrhagie de la femme.* L'auteur y soutient la nature parasitaire de l'affection: il a étudié spécialement le cantonnement du parasite dans les follicules vulvaires où il faut aller le détruire avec le thermo-cautère. Ces folliculites spécifiques peuvent donner naissance à des fistules signalées autrefois par Astruc, mais tombées depuis dans l'oubli. A Lourcine, la blennorrhagie utérine est extrêmement rare: 4 cas sur 4,000 malades; par suite, la blennorrhagie péritonéale n'existe pas. L'arthropathie blennorrhagique est encore plus rare puisque M. Martineau n'en a observé qu'un cas chez 4,000 femmes. En terminant, l'auteur insiste sur les grands avantages qu'il a retirés des applications locales de sublimé et des cautérisations des follicules au thermo-cautère.

M. C. Paul partage l'avis de M. Martineau, en ce qui regarde la nature parasitaire de la blennorrhagie. Quant à l'arthrite blennorrhagique, il a eu l'occasion de la rencontrer assez fréquemment chez la femme. Elle se localise le plus souvent au poignet, est fort douloureuse et fort longue à guérir. Les malades qui en sont atteintes ne vont peut-être pas se faire soigner à Lourcine?

M. Moutard-Martin croit comme M. Martineau à la très grande rareté de l'arthrite blennorrhagique chez la femme et demande à quels signes cet auteur a reconnu une arthrite de cette nature chez la femme qu'il a soignée.

M. Martineau répond qu'avec l'arthropathie du coude coïncidait un érythème polymorphe dont la nature d'après de récents travaux est nettement infectieuse; l'arthropathie a en outre évolué lentement, s'est accompagnée d'œdème diffus et a résisté au salicylate de soude.

M. Féréol a soutenu devant la société médicale des hôpitaux, 12 ou 15 ans avant la découverte du gonococcus, la nature infectieuse de la blennorrhagie: il est heureux de constater que son opinion a été confirmée. Quant à l'arthropathie il la croit assez fréquente et calcule qu'il en observe en moyenne chaque année une douzaine de cas dans son service.

M. Hallopeau émet l'avis que l'éruption observée par M. Martineau était peut-être simplement de nature arthritique.

M. Martineau dit qu'il s'est appuyé sur le polymorphisme de l'éruption pour lui attribuer une nature infectieuse.

M. Guermonprez lit un travail qu'il a fait avec M. P. Bigo sur *l'emploi du crin de Florence comme fil chirurgical.* Ce crin a du reste été expérimenté avec succès par plusieurs chirurgiens. Après avoir enlevé ses deux extrémités défectueuses on le rendra souple en le faisant macérer pendant un mois dans l'eau ou dans une solution antiseptique. De nombreuses expériences lui permettent de conclure que l'on doit le préférer en particulier aux fils d'argent ou de chanvre qui ulcèrent les tissus. Il est résorbable au même titre que le catgut.

M. Massalongo (de Vérone) lit un travail sur les *ponctions multiples dans l'œdème précoce des cardiaques.* Le cœur se trouve ainsi soulagé par la désobstruction de la circulation périphérique. L'enveloppement antiseptique des membres préviendra l'érysipèle.

Gilles de la Tourette.

La Société médico-pratique vient de transférer le siège de ses séances dans l'Hôtel de la Société de Géographie, 184, boulevard Saint-Germain, où tous documents la concernant doivent désormais être adressés. Nous rappelons à ce propos que cette Société décernera en janvier prochain un **Prix de 600 fr.** à l'auteur (*étudiant ou docteur*) du meilleur travail inédit écrit en français, sur une question de médecine, de chirurgie ou d'obstétrique. Les mémoires, adressés dans les formes académiques, ne seront reçus que jusqu'au 1er novembre.

REVUE DE CHIRURGIE

I. Manuel de pathologie externe, par MM. Reclus, Kirmisson, Peyrot et Bouilly, t. I. — *Maladies communes à tous les tissus et maladies des tissus*, par M. Reclus — Paris, G. Masson, 1885.

II. Du pansement ouaté et de son application à la thérapeutique chirurgicale; par Alp. Guérin. — Paris, J.-B. Baillère, 1885.

III. Les pansements et la mortalité; par M. le professeur L. Le Fort. — F. Alcan, Paris, 1885.

I. Jamais la science chirurgicale ne fut plus grande qu'à l'heure actuelle; à aucune époque l'art chirurgical ne rendit de plus grands services. Mais ce prodigieux mouvement de faits et d'idées qui s'accomplit à l heure présente et transforme la chirurgie scientifique et pratique, marche d'une allure rapide qui le rend difficile à suivre. Les remarquables traités de Duplay et de Terrier, indispensables pour l'étude de la pathologie externe, sont condamnés, par leur nature, par l'importance de l'œuvre et le mode de rédaction, à une publication lente qui embrasse plusieurs années. C'est pourquoi l'idée est venue à quatre agrégés de se partager la tâche pour composer rapidement et faire paraître presque simultanément un précis de chirurgie, élementaire, il est vrai, mais au courant des théories et des découvertes nouvelles.

Le premier volume, contenant les maladies communes à tous les tissus et les maladies des tissus, est signé de M. Reclus. Le nom de l'auteur est une garantie suffisante de la rigueur scientifique et de la clarté parfaite avec lesquelles ces sujets généraux, d'étude ingrate et difficile, ont été présentés.

Nous sommes convaincu que l'œuvre entreprise par MM. Reclus, Kirmisson, Peyrot et Bouilly, répondant à un besoin actuel, vivement senti par tous, sera accueillie par un grand et légitime succès.

II. M. A. Guérin se plaint, non sans raison, croyons-nous, qu'on oublie quelque peu le rôle qu'il a joué dans l'histoire théorique et pratique des affections septiques et de l'antisepsie. Les pansements que nous appliquons aujourd'hui sont venus de l'etranger, et nous les avons acceptés parce qu'ils constituaient un progrès; cependant, il n'en demeure pas moins vrai que la théorie est d'origine française et que c'est en France qu'ont été faites les premières tentatives pour satisfaire à ses exigences.

Ce volume, consacré à la technique du pansement ouaté dans ses applications aux divers cas de la pratique chirurgicale, contient encore d'intéressantes communications sur la statistique en chirurgie, et la théorie de l'auteur sur l'infection purulente par les miasmes et les ferments

III. C'est une histoire étrangement compliquée et obscure que celle des accidents des plaies, des théories qui cherchent à les expliquer et des précautions ou pansements par lesquels on peut les éviter ou les combattre. M. le professeur Le Fort a consacré à ce sujet si intéressant et de grande actualité les leçons d'ouverture de son cours de clinique chirurgicale à l'hôpital Necker, et nous avons déjà eu occasion de les signaler à nos lecteurs (voir *Progrès médical*, novembre 1884). Ces leçons viennent de paraître dans une brochure, où nous trouvons, avec les idées personnelles du professeur, une histoire critique des doctrines et des pratiques actuelles, clairement exposées par un chirurgien expérimenté doublé d'un écrivain remarquable.

P. Poirier.

BIBLIOGRAPHIE

Guide pratique de botanique rurale; par G. Camus. — Paris, J. Lechevalier, 1884.

Cet ouvrage n'est pas un livre de haute science, c'est véritablement un « guide pratique » qui pourra rendre des services aux botanistes herborisants. On y trouve un calendrier de la flore, indiquant avec détails quelles plantes on peut récolter chaque mois et la durée de l'époque de la récolte. Une seconde partie, plus développée que la précé dente, donne l'itinéraire et les indications pratiques à suivre pour 78 herborisations de la flore parisienne, ainsi que la liste des plantes remarquables qu'on doit recueillir dans chacune de celles-ci. Enfin, dans le but de faciliter l'étude de certaines familles particulièrement difficiles, l'auteur a représenté, dans une dernière partie, 52 planches renfermant 600 figures originales, l'organisation des principaux genres de Renonculacées, d'Ombellifères, de Crucifères, de Composées, de Cyperacées et de Graminées; en même temps, les caractères qui sont ainsi figurés se trouvent résumés en des tableaux dichotomiques dont l'utilité se comprend d'elle-même.

R. Bl.

Abcès miliaires des reins dans la fièvre typhoïde; par le Dr Gallois (Thèse de Paris, 1885, — A. Delahaye et Lecrosnier, éditeurs.)

Dans quelques cas assez rares de fièvre typhoïde, on constate des abcès miliaires dans le parenchyme rénal. Pour l'auteur, ces abcès ne seraient pas une lésion spéciale à la fièvre typhoïde, une localisation de l'agent infectieux propre à la maladie. M. Gallois ne voit dans ces abcès qu'une forme de pyémie secondaire de cause interne, ayant par exemple son point de départ au niveau des plaies intestinales. Anatomiquement la lésion rénale est caractérisée par une périglomérulite suppurative. Elle est produite vraisemblablement par une diapédèse de micro-organismes qui, franchissant la paroi vasculaire et la capsule de Bowmann, se répandent dans le tissu conjonctif voisin.

Un caso rarissimo di ascite essenziale acuta (un cas très rare d'ascite aiguë essentielle), par le Dr Galvagni (Extrait de la *Gazzeta degli ospitali*, 1884.)

L'auteur rapporte l'histoire d'une ascite aiguë qu'il considère comme essentielle ou rhumatismale et qui s'est terminée par la guérison. Ce n'est pas la première fois, tant s'en faut, que des observations analogues sont présentées. Mais, quelle que soit la précision des relations cliniques soumises à nos réflexions, rien ne prouve que la tuberculose doive être définitivement écartée de l'étiologie de ces ascites. La guérison en particulier, même rapide, peut en effet se rencontrer dans les cas d'ascites aiguës tuberculeuses.

Du traitement à domicile; par le Dr Commenge (Paris, 1885. — Asselin et Houzeau, éditeurs).

Dans cette brochure intéressante, M. le Dr Commenge s'attache à mettre en relief tous les services que rendent les médecins des bureaux de bienfaisance de Paris à l'Assistance publique. Cet honorable médecin, dans la circonscription qui lui est attribuée (IVe arrondissement) a vu 251 malades et fait 1288 visites pendant l'année 1884. Encore faut-il remarquer que le quartier du Dr Commenge est un des plus aisés et qu'il n'a rien de comparable aux quartiers pauvres des arrondissements excentriques.

VARIA

Instructions à propos du choléra.

Par décret en date du 2 juillet courant, est interdite, jusqu'à nouvel ordre, l'importation d'Espagne en France, par les frontières de terre et de mer, des fruits et légumes poussant dans le sol ou à niveau du sol.

Par décret en date du 7 juillet courant, il est enjoint à toute personne logeant des voyageurs venant d'Espagne d'en faire la déclaration à la mairie de la commune dès l'arrivée du voyageur. Cette obligation s'applique non seulement aux aubergistes et aux logeurs en garni, mais encore à tout particulier. La même déclaration devra être faite pour tout cas suspect survenu dans une maison et dès l'apparition des premiers accidents.

Le Ministre du commerce a délégué deux médecins parmi lesquels M. Charrin, qui ont pour mission d'organiser, avec les préfets des départements limitrophes, le service médical sur les frontières d Espagne. Ces médecins s'adjoindront des étudiants des Facultés de Montpellier, de Toulouse et de Bordeaux.

Le choléra en Espagne.

L'épidémie semble toujours suivre une marche progressive. Il serait difficile de fixer exactement le chiffre des cas et des décès ; les statistiques espagnoles sont incomplètes et souvent falsifiées (voir le rapport de la *Commission française*). Nous empruntons toutefois à la *Gazette officielle* de Madrid les chiffres ci-dessous qui donneront une idée approximative de la marche et de l'intensité de l'épidemie :

	30 JUIN.		1er JUILLET.		2 JUILLET.		3 JUILLET.		4 JUILLET.		5 JUILLET.		6 JUILLET.		7 JUILLET.	
PROVINCES :	Cas.	Décès.	Cas.	Décès,	Cas.	Décès.	Cas.	Décès.	Cas.	Décès.	Cas.	Décès.	Cas.	Décès.	Cas.	Décès.
Valence	570	235	784	412	494	237	845	420	988	565	724	358	642	208	660	408
Alicante	»	»	208	69	110	48	103	44	107	42	82	29	128	75	141	59
Sarragosse	80	39	68	24	60	40	79	34	73	29	58	20	102	34	81	21
Castellon	92	68	97	46	164	54	»	»	72	36	134	81	118	56	»	»
Tarragone	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	19	9
Cuenca	6	»	»	»	6	4	3	2	9	2	4	7	»	»	2	4
Teruel	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	11	15
Tolède	23	12	»	»	72	6	31	19	23	15	34	15	»	»	»	»
Murcie	155	72	174	61	172	81	107	83	158	56	200	91	4	»	30	18
Totaux.	927	426	1.331	612	1.078	470	1.168	602	1.434	745	1.238	601	990	372	944	535
VILLES :																
Alicante	50	27	»	»	»	»	»	»	»	«	»	»	»	»	»	»
Madrid	5	3	4	4	7	2	4	3	»	»	7	2	4	6	7	6
Aranjuez	201	70	152	78	39	62	»	»	202	64	145	95	»	»	60	80
Tarragone	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	11	6	»	»
Cuenca	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	5	4	»	»
Valence	»	«	»	»	159	109	»	»	»	»	»	»	284	164	»	»
Murcie	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	257	84	»	»
Carthagène	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	7	3	»	»
Cienpozuelos	»	»	6	2	6	1	»	»	»	»	»	»	5	1	»	»
Segovie	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Malaga	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Ciudad Real	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Totaux.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»

Association française pour l'avancement des sciences. XIVe session, Grenoble.

La quatorzième session de l'Association française s'ouvrira à Grenoble le 12 août 1885. Elle se composera: 1° D'une séance d'ouverture ; 2° De séances de sections et de groupes ; 3° De conférences publiques ; 4° De séances générales ; 5° De visites scientifiques et industrielles ; 6° D'excursions. Les travaux du Congrès seront distribués conformément au programme général suivant :

Mercredi 12 *août* : 2 heures 1/2. Séance d'ouverture. Le soir. Réception à l'Hôtel-de-Ville. — *Jeudi* 13 *août* : Le matin. Séances de sections Après-midi. Visites scientifiques et industrielles. Le soir. Conférence. — *Vendredi* 14 *août* : Le matin. Séances de sections. Après-midi. Séance générale. — *Samedi* 15 *août et dimanche* 16 *août* : Excursion. — *Lundi* 17 *août* : Le matin. Séances de sections, Après-midi. Visites scientifiques et industrielles.—*Mardi* 18 *août*: Excursion générale —*Mercredi* 19 *août* : Le matin. Séances de sections. Le soir. Conférence. — *Jeudi* 20 *août* : Le matin. Séances de sections. Après-midi. Séance de clôture. — *Vendredi* 21 *août et jours suivants* : Excursions finales.

Les détails de ce programme qui pourra être modifié sur quelques points seront donnés dans les programmes journaliers qui seront imprimés pendant la durée de la session et qui contiendront tous les renseignements nécessaires.

La circulation du sang. — Harvey (1).

Le chap. IV du livre de Harvey est consacré aux fonctions des oreillettes. Gaspard Bauhin et Jean Riolan n'ont pas bien observé les mouvements du cœur, quand ils ont vu quatre pulsations distinctes, deux pour les oreillettes et deux pour les ventricules. « Il n'y a que deux mouvements, celui des oreillettes et celui des ventricules, qui se font presque au même moment. Ils sont cependant distincts; en effet, le mouvement des oreillettes commence et celui du cœur suit. On voit le mouvement commencer par les oreillettes pour se continuer dans les ventricules (2). » Tout ce chapitre est d'une finesse d'observation incroyable ! « Lorsque le cœur, languissant, commence à mourir, les oreillettes battent encore, quand les ventricules ont cessé de se contracter. A ce moment, si l'on vient à couper la pointe du cœur, on voit le sang couler à chaque pulsation des oreillettes. Il est donc évident que le sang arrive dans les ventricules non pas par l'attraction ou la diastole du cœur, mais par l'impulsion des oreillettes (3). » Après cela, je m'imagine que M. Dastre regrettera un jour d'avoir écrit, page 656, que « le nom de créateur de la physiologie moderne que l'on décerne trop souvent à Harvey, revient plus justement à Colombo. »

Le chap. V, sur le mouvement du cœur, n'est pas moins remarquable que le précédent. Les oreillettes où le sang abonde, se contractent, et le projettent dans les ventricules, qui remplis, se contractent aussitôt et le chassent dans les artères, le ventricule droit dans les poumons par le vaisseau qu'on appelle veine artérieuse et qui réellement est une artère, le ventricule gauche dans l'aorte. Ces deux mouvements des oreillettes et des ventricules sont si rapides qu'ils semblent n'en faire qu'un. Harvey compare ce mécanisme à un coup d'arquebuse, où tous les mouvoments qui se succèdent se passent en un clin d'œil, comme dans l'acte de la déglutition. C'est merveilleux ! et dire que ces merveilles d'observation n'ont touché ni Parisanus, ni Primerose, ni même Riolan le fils ! Les deux moitiés du cœur, ayant la même disposition, devaient avoir le même usage. La seule et vraie fonction du cœur est de porter le sang des veines dans les artères. Le pouls n'est autre chose que l'impulsion du sang chassé par le cœur. L'hésitation qui s'est manifestée sur ce point vient de ce qu'on n'a pas compris les rapports du cœur et des poumons. On n'avait pu discerner les voies par lesquelles le sang passe des veines dans les artères et, par suite, dans tout le corps.

Le chapitre VI en donne l'explication. Harvey fait remarquer avec raison, que pour sortir de cette difficulté, il ne fallait pas se contenter de l'anatomie humaine sur les cadavres, mais faire l'ouverture des animaux vivants. Chez le fœtus (les poumons étant comme s'ils n'existaient pas), et chez les animaux qui n'ont pas de poumons, le ventricule droit envoie le sang qu'il a reçu de l'oreillette directement dans l'aorte par le canal artériel. En même temps, le ventricule gauche reçoit le sang qui a passé de l'oreillette droite à l'oreillette gauche par le trou ovale, et l'a poussé ainsi dans l'aorte. A chaque contraction du cœur les deux ventricules conduisent le sang de la veine cave dans la grande artère. Pourquoi ne pas admettre qu'il en est de même chez l'adulte. Les voies largement ouvertes chez le fœtus, quand les poumons ne servent pas

(1) Voir le *Progrès médical*, nos 20, 21 24 et 26.

(2) *Duo sunt quasi eodem tempore motus ; unus auricularum, alter ipsorum ventriculorum. Nec enim simul omnino fiunt; sed præcedit motus auricularum subsequitur cordis, et motus ab auriculis incipere et in ventriculos progredi visus est.*

(3) *Et hoc tempore pulsante solum auricula, si forfice cordis mucronem absequeris, exinde singulis auriculæ pulsationibus sanguinem effluere conspicies: ut hinc pateat, quomodo in ventriculos sanguis ingrediatur, non attractione aut distentione cordis, sed ex pulsu auricularum immissus.*

encore, sont remplacées par celles des poumons eux-mêmes, aussitôt la naissance. Sans chercher à savoir quelle est la fonction des poumons, le grand physiologiste affirme que le sang passe à travers leur parenchyme. « Je soutiens, dit-il en terminant ce beau chapitre, que chez les animaux supérieurs et à sang chaud, quand ils sont adultes (comme chez l'homme) le sang va du ventricule droit dans les poumons par la veine artérieuse ; puis par l'artère veineuse dans l'oreillette gauche et enfin dans le ventricule gauche. Il va prouver d'abord que cela peut être, ensuite que cela est (1) ».

Chapitre VII. — Le sang traverse le foie dont la texture est bien plus compacte, et là rien qui le pousse. Pourquoi n'admettrait-on pas de même que le sang passe à travers les poumons? Pourquoi ne croirait-on pas aussi avec Colombo, habile et savant anatomiste, que par suite de l'amplitude et de la disposition des vaisseaux pulmonaires, l'artère veineuse ainsi que le ventricule gauche étant toujours remplis de sang, ce liquide a dû venir ici des veines, et qu'il n'y a pas d'autre route que celle des poumons, comme lui et moi l'avons démontré par des preuves anatomiques et autres Et puisqu'il y a des gens qui ne se fient qu'à l'autorité des auteurs, disons-leur que les paroles de Galien lui-même peuvent confirmer cette vérité, à savoir que non seulement le sang peut passer de la veine artérieuse dans l'artère veineuse, de là dans le ventricule gauche et ensuite dans les artères, mais que cela se fait par les contractions continuelles du cœur et les mouvements respiratoires des poumons. Il admet des porosités invisibles et a très bien expliqué le jeu des valvules. Enfin, dit Harvey, notre assertion se vérifie : que le sang passe sans interruption et successivement du ventricule droit dans le ventricule gauche à travers les porosités des poumons. En effet, puisque le sang est envoyé constamment du ventricule droit dans les poumons par la veine artérieuse, et porté aussi continuellement des poumons dans le ventricule gauche, comme le prouve la disposition des valvules, il ne peut pas se faire que ce trajet ne soit pas continu. De même puisque le sang entre continuellement dans le ventricule droit, et qu'il sort continuellement du ventricule gauche (cela tombe sous le sens), il est impossible qu'il n'y ait pas un courant continu du sang de la veine cave dans l'aorte.

Dans le chapitre VIII, Harvey prévoit les objections que la routine pourra lui faire. « Le sort en est jeté, dit-il, j'ai confiance dans la loyauté des savants et dans leur amour pour la vérité! » Il a remarqué qu'il passe dans un temps donné, dans tel ou tel vaisseau, bien plus de sang que les aliments ne peuvent en fournir, et que la nutrition n'en exigerait (2). Il a compris que dans ce mouvement rapide (il se renouvelle plus de soixante fois par minute), les veines seraient bien vite épuisées, et que d'autre part les artères se rompraient par l'afflux continuel du sang, si ce même liquide ne retournait par quelque voie des artères dans les veines, et ne revenait au ventricule droit du cœur. Ainsi, le mouvement circulaire du sang était trouvé! Qui avait observé et raisonné comme Harvey? Personne. Qui l'avait aidé à faire cette découverte? Personne. Personne avant lui n'avait compris le mouvement du cœur, et la puissance de la contraction de ses ventricules. La diastole qui avait dérouté les anciens n'existait plus pour lui comme mouvement actif, etc., etc Les veines contiennent le sang cru, épuisé, impropre à la nutrition, les artères distribuent dans toutes les parties du corps un sang préparé (cuit), parfait et nutritif.

Il ne se contente pas de ces affirmations, il prend encore la peine de prouver ce qu'il avance dans trois nouvelles propositions :

1° Le sang poussé par les contractions du cœur, est porté continuellement de la veine cave dans les artères, en si grande quantité que les aliments ne pourraient y suffire. Ainsi toute la masse du sang passe par là en un temps très court.

2° Le sang poussé également d'une manière continue par les artères dans toutes les parties du corps, en bien plus grande quantité qu'il n'en faut pour la nutrition, bien trop pour que la masse du sang y soit employée tout entière.

3° Les veines ramènent constamment le sang de chaque membre au cœur.

« Ceci posé, je crois qu'il est évident, dit-il, que le sang va, revient, est poussé et retourne du cœur aux extrémités, d'où il est porté de nouveau au cœur, et qu'ainsi il effectue un mouvement circulaire (1) ».

Ces trois propositions sont développées dans les chap. IX, X, XI (Effets des ligatures des membres, saignée), XII, XIII (usage des valvules des veines) et XIV avec cette conclusion : « que chez les animaux le sang est animé d'un mouvement circulaire qui l'emporte dans une agitation perpétuelle, et que c'est là le rôle, la fonction du cœur, dont la contraction est la cause unique de tous ces mouvements (2) ».

Dans les trois derniers chapitres, la circulation est confirmée, chap. XV, par les vraisemblances, chap. XVI par les conséquences qu'elle entraîne, chap XVII par les observations anatomiques. Ce magnifique chapitre d'anatomie comparée, où il est dit que les poumons et le cœur sont l'origine, la source et le trésor du sang, qui s'y élabore et s'y perfectionne (3), se termine par cette phrase d'une admirable modestie : « Tous ces phénomènes que j'ai observés en disséquant, ainsi que plusieurs autres qu'il faudrait bien comprendre, peuvent éclairer nettement et confirmer pleinement la vérité susdite, et détruire les idées partout reçues. Il me semble difficile de les expliquer autrement que je ne viens de le faire (4) ».

Dans une conférence de 1865, restée célèbre, M Béclard, aujourd'hui doyen et professeur de physiologie à la Faculté, secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine, a proclamé Harvey (5), l'auteur de la grande découverte. Pour lui, pas d'imitateurs ni de prédécesseurs. Il avait dit aussi dans son *Traité élémentaire de physiologie* 1855, p. 235 : « C'est sur les mammifères que la circulation du sang a été découverte par Harvey ».

En 1883, M. H. Tollin, le pasteur de Magdebourg, ose écrire (Wirchow's Archiv. p. 134) : « Jusqu'à ces derniers temps, il était de mode en France de considérer Harvey comme une énigme incompréhensible. Il aurait découvert la circulation générale du sang au moyen d'autopsies et de vivisections. Il l'aurait vue, et reconnu le cœur comme la source du sang. *On oublie qu'au temps de Harvey le microscope sans lequel personne ne peut voir le passage du sang des extrémités artérielles au moyen des anastomoses dans les origines veineuses, n'était pas encore inventé.* On oublie aussi que Harvey, comme Galien, disait que le foie, et seulement le foie, était l'organe préparateur du sang. Les derniers défenseurs de cette ancienne assertion historique sont en France, Béclard et Ed Turner (6) ».

(1) *In perfectioribus nimirum et calidioribus animalibus, usque adultis (ut in homine), sanguinem a dextro ventriculo cordis per venam arteriosam in pulmones, et inde per arteriam venosam in sinistram auriculam, et subin in ventriculum cordis sinistrum, permeare contendo : et primum, posse hoc fieri ; deinde, ita factum esse.*

(2) *Illa continens sanguinem crudiorem, effœtum, nutritioni jam redditum inidoneum, hæc, coctum, perfectum, alimentativum.*

(1) *His positis, sanguinem circumire, revolvi, propelli, et remeare, a corde in extremitates, et inde in cor rursus, et sic quasi circularem motum peragere, manifestum puto fore.*

(2) *Necessarium est concludere circulari quodam motu in circuitu agitari in animalibus sanguinem, et esse in perpetuo motu; et hanc esse actionem sive fonctionem cordis, quam pulsu peragit ; et omnino motus et pulsus cordis causam unam esse.*

(3) *Quia in pulmonibus et corde, promptuarium, fons et thesaurus sanguinis, et officina perfectionis est.*

(4) *Hæc omnia phænomena inter dissecandum observanda, et plurima alia, si recte perpensa fuerint, ante dictam veritatem videntur luculenter illustrare et plane confirmare, simulque vulgaribus opinionibus adversari ; quum quam ob causam ita constituta sint, et facta hæc omnia, difficile cuique ad modum sit, (nisi quo nos modo) explicare.*

(5) « L'une des gloires les plus éclatantes et les plus pures du XVII[e] siècle »

(6) Bis vor kurzem war es auch in Frankreich Mode, Harvey als das unverstandene Räthsel der Welt anzustaunen. Er habe aus sich heraus durch Sectionen und Vivisectionem den gesammten Blutkreislauf entdeckt. Er habe ihn gesehen und das Herz als die Quelle des Blutes erkannt. Man vergass, dass zu Harvey's Zeit das

Ce n'est pas là un raisonnement scientifique, mais une misérable querelle d'Allemand, qui serait à dédaigner, si elle ne servait à mettre l'étrange jugement de M. H. Tollin, et sa mauvaise foi, en pleine lumière. Dr E. TURNER.

Thèses soutenues à la Faculté de Médecine.

Mercredi 15. — M. Gantrez. De la valeur de la ponction simple et des injections iodées dans les kystes séreux du ligament large. — M. Remignon. De la grenouillette congénitale, par dilatation du canal de Wharton imperforé. — *Jeudi* 16. — M. Barral. Contribution à l'étude du rhumatisme puerpéral. — M. Delarocheaulion. De l'arthrite déformante de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil et des déviations consécutives. — M. Casanova. — Intoxication chronique par l'alcool, l'absinthe et le vulnéraire. — M. Brossier. Essai sur la responsabilité au point de vue mental. — *Vendredi* 17. — M. Ivanof. De l'ostéomyélite subaiguë ou insidieuse pendant la grossesse. — M. Auderson. Etude sur les variations de la température chez les blessés et les opérés et sur leurs causes. — M. Chabaud. Contribution à l'étude de la syphilis du maxillaire inférieur. — *Samedi* 18. — M. Ribeton. De la curabilité de certaines formes de cirrhose atrophique du foie. — M. Voisenot. Etude sur les différentes formes de myélites tuberculeuses. — M. Bruneau. Empoisonnement par le gaz de l'éclairage; recherches sur les propriétés physiologiques; propylène.

FORMULES

2. La Pereirine.

La *péreirine* extraite du *pao-pereira* dont l'écorce est administrée depuis longtemps au Brésil comme tonique, antifébrile, antiscrofuleuse dans un grand nombre d'affections, en 1838, par M. Correia de los Santos (du Brésil) qui lui donna son nom, elle a été assez bien étudiée en 1879, par M. Freire (de Rio-de-Janeiro). Elle se présente sous la forme d'une poudre jaune incristallisable, inodore, de saveur amère, peu soluble dans l'eau, soluble dans l'éther, l'alcool et le chloroforme, elle s'altère aux températures élevées (100° et plus). La péreirine du commerce est impure. Parmi les sels, les chlorhydrate, sulfate et valérianate sont les seuls qui, jusqu'ici, aient été employés en thérapeutique.

Pour l'administration hypodermique, le chlorhydrate neutre seul peut être utilisé avec avantage; il cristallise en prismes quadrangulaires d'une coloration vermeille. Il est soluble dans l'eau en toute proportion; insoluble dans l'éther.

La péreirine et ses sels sont d'un goût amer fort désagréable.

Selon MM. Cypriano Freitas et Bochefontaine (1877) (1), la péreirine n'aurait pas d'action locale irritante et abolirait les propriétés physiologiques de la substance grise nerveuse centrale et particulièrement de l'axe gris bulbo-médullaire: abolition des mouvements volontaires puis des mouvements réflexes, et enfin de l'excitabilité des nerfs moteurs et sensitifs.

M. Lacerda (1881) (2) conclut de ces expériences physiologiques: 1° que le chlorhydrate de péreirine à doses toxiques paralyse les centres vaso-moteurs bulbo-spinaux, ainsi que les filets cardiaques du nerf vague. — 2° qu'il ne jouit d'aucune action antithermique, mais qu'au contraire il augmente de quelques dixièmes de degré la température centrale. 3° que ce sel ne parait posséder aucune action sur les sécrétions ni modifier directement les propriétés du tissu musculaire et l'excitabilité des nerfs moteurs. 4° qu'il exerce sur le cœur cette action antagoniste et celle de la digitale.

Chlorhydrate de péreirine.	1 à 2 gr.
Eau distillée.	20 gr.

Almir nina (3).

Un gramme de la solution à chaque bras.

Cette solution ne produirait que des phénomènes inflammatoires légers (rougeur, douleur provoquée ou spontanée) qui disparaitraient en peu de temps. En aucun cas il n'a noté d'eschares.

Emploi thérapeutique. — La péreirine et ses sels, qui trouvent surtout leur emploi dans les fièvres intermittentes (1 à 4 gr. voie stomacale, de 1 gr., voie hypodermique), ont encore été essayés sans résultats bien concluants dans le traitement des fièvres rémittentes, des fièvres pernicieuses, etc.

Le chlorhydrate de péreirine retarderait les phénomènes de fermentation (Almir Nina). L'action de la péreirine sur la température est encore controversée (Almir Nina).

A *dose thérapeutique* la péreirine n'occasionnerait jamais de troubles intellectuels ni de troubles sensoriels; les modifications de la circulation sont nulles ou irrégulières.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 28 juin au samedi 4 juillet 1885, les naissances ont été au nombre de 1112 se décomposant ainsi: *Sexe masculin*: légitimes, 417 illégitimes, 132 Total, 549. — *Sexe féminin*: légitimes. 416; illégitimes, 147. Total, 563

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881: 2.225.910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 28 juin au samedi 4 juillet 1885 les décès ont été au nombre de 848, savoir: 471 hommes et 377 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes: Fièvre typhoide: M. 6 F. 6. T. 12. **Variole**: M. 3 F. 1 T. 4. — **Rougeole** M. 18 F 10 T 28. **Scarlatine**: M. 1 F. 0 T. 1. — **Coqueluche**: M. 1. F. 6 T 7. — **Diphtherie, Croup.** M 10 F. 7, T. 17. — **Dyssenterie** M 0 F. 0, T 0. — **Erysipèle**: M 2, F. 1, T. 3. — **Infections puerpérales**: 2. **Autres affections épidémiques**. M. .., F. , T . — **Méningite tuberculeuse et aiguë**: M 18 F 14, T. 32. — **Phthisie pulmonaire** M 85, F. 60 T 145. **Autres tuberculoses** M 17 F 5. T 22. — **Autres affections générales**: M 25, F 24 T 49. — **Malformations et débilité des âges extrêmes**: M 15, F 21 T 39. — **Bronchite aiguë**: M 9 F 3 T 12. — **Pneumonie**: M 32, F. 23, T 55. — **Athrepsie** M 56 F 29 T 85. **Autres maladies des divers appareils** M 146 F. 142. T 288. — **Après traumatisme**: M. ., F. ., T .. — **Morts violentes** M. 20 F. 6 T 26. — **Causes non classées** M 7 F 4 T 11.

Mort-nés et morts avant leur inscription: 119 qui se décomposent ainsi: *Sexe masculin*: légitimes, 41; illégitimes, 11. Total: 52. — *Sexe féminin*: légitimes, 29; illégitimes, 18 Total: 57

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Concours pour le clinicat chirurgical.* Jury: MM. Guyon, Le Fort, Verneuil, Lannelongue. — Question donnée à la 1re épreuve (écrit): *Vaisseaux du rectum; anatomie pathologique et pathogénie des hémorrhoïdes.* — *Concours pour le clinicat médical.* Jury: MM. Bouchard, Damaschino, Hardy, Peter, Germain Sée et Hayem, suppléant. — *Concours pour le clinicat des maladies nerveuses.* Jury: MM. Bouchard, Charcot, Damaschino, Hardy, Peter, Germain Sée et Hayem, suppléant. — M. le Dr BOURCY est nommé chef des travaux anatomiques du laboratoire de clinique médicale de la Pitié, en remplacement de M. De Brun, démissionnaire.

CONCOURS *pour les prix à décerner à MM. les Élèves internes en médecine et en chirurgie des hôpitaux et hospices, année* 1885. — La composition écrite du concours pour les prix de l'internat en médecine et en chirurgie, aura lieu le mardi 3 novembre 1885, à midi précis, dans l'Amphithéâtre de l'Administration, avenue Victoria n° 3. Ce concours est obligatoire pour les Élèves qui terminent leur deuxième année. Ceux qui, à moins de dispense préalable accordée par le directeur de l'Administration, n'auront pas fait et lu la composition prescrite, et ceux auxquels le Jury n'aura pas donné au moins la note passablement satisfait, seront rayés de la liste des Élèves internes des hôpitaux. Les Élèves de quatrième année qui, n'ayant pas concouru, n'auront pas justifié d'un cas de force majeure apprécié par le Jury et consigné au procès-verbal, ou qui, ayant concouru, auront fait des épreuves jugées insuffisantes, ne seront admis à concourir pour le Bureau central qu'après trois années de Doctorat. Les Élèves seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'Administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, du 20 juillet au 14 août inclusivement. Le mémoire prescrit comme épreuve du concours de la première division devra être déposé au secrétariat général, conformément au règlement, avant le 15 août, dernier délai.

CONCOURS DU BUREAU CENTRAL (*Chirurgie*). — Admissibles: MM. Brun, Picqué, Routier, Petit-Vendol, Michaux, Bazy, Marchant et Jullien. — *Médecine* Admissibles aux épreuves d'admissibilité: MM. Béringier, Bourcy, Chantemesse, Comby, Delpeuch, Dreyfous, Duplaix, Galliard, Gaucher, Hirtz (Edgar), Hirtz (Hipp.), Jean, Juhel-Rénoy, Leroux (Ch.), Leroux (Marie), Lorey, Martin, Petit, Robert et Siredey.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — M. Berne, professeur de pathologie externe, est autorisé à se faire suppléer, pour raisons de santé, du 15 juin au 31 octobre 1885, par M. POLOSSON, agrégé.

Mikroskop noch nicht entdeckt war, ohne welches niemand den Uebergang des Blutes avs den Arterienenden vermittelst der Anastomosen in die Venenaufänge sehen kann. Und man übersah, dass bei Harvey, geradu wie bei Galen, die Leber, sage die Leber und nur die Leber das Blutbereitungsorgan ist. Nachzugler dieser altesten Geschichtsanschauung sind in Frankreich Béclard und Ed. Turner.

(1) Cypriano de Freitas et Bochefontaine. *Recherches sur l'action physiologique du Pao-pereira.* (Société de Biologie, 1877.)

(2) Lacerda. — *Investigações experimentaes sobre a acção physiologica do chlorhydrato de pereirina*, Rio de Janeiro 1881.

(3) Almir nina. — *Do Pao Pereira da Pereirina e seus saes, suas indicações e contra-indicações nas manifestações agudas da malaria.* (Thèse de Rio-de-Janeiro, 1883).

CHOLÉRA. — Le bruit court que le choléra aurait fait son apparition à *Sigean (Aude)*; cette nouvelle n'a pas encore été confirmée officiellement.

NOMINATIONS. — Le professeur NEELSEN (de Rostock), a été nommé prosecteur de l'hôpital civil de Dresde, en remplacement de M. Birch-Hirschfeld.

COMMISSIONS. — M. le Dr ROUX est nommé, par arrêté ministériel du 1er juillet courant, membre de la Commission supérieure du phylloxéra.

PÉTITION *pour la prolongation de l'ancien régime.* — Une pétition demandant la prolongation de l'ancien régime d'études médicales est déposée à l'Association générale des étudiants. Les intéressés pourront venir l'y signer de une heure et demie à cinq heures, 41, rue des Ecoles.

FACULTÉ DES SCIENCES DE PARIS. — Par décret du 29 juin, une chaire de physique est déclarée vacante. Un délai de vingt jours est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

ASILE DE VILLEJUIF. — M. le Dr WALLON est nommé médecin en chef de la division des hommes. — Il est vivement à regretter que M. le Ministre de l'intérieur n'ait pas profité de cette circonstance pour donner satisfaction au vœu du Conseil général, renouvelé tous les ans, réclamant le concours pour toutes les places de médecin dans tous les asiles de la Seine, comme cela existe pour Bicêtre et la Salpêtrière.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MENTALE DE BELGIQUE. — La Société de Médecine mentale de Belgique se propose de tenir à Anvers, à l'occasion de l'Exposition Universelle, du 7 au 9 septembre 1885, une *Réunion extraordinaire* qui sera consacrée à l'étude de divers sujets, ressortissant du domaine de la phréniatrie et de la neuropathologie. Deux questions feront l'objet d'un rapport, l'une de la part de M. le Dr Lefebvre, professeur à l'Université de Louvain, l'autre de la part de M. le Dr Semal, médecin-directeur de l'asile d'aliénées de Mons. La première a été formulée comme suit : *Établir les bases d'une bonne statistique internationale des aliénés;* la seconde: *Relations entre la criminalité et la folie.* — Les séances du matin seront consacrées à la discussion de ces deux questions. Les séances de l'après-diner seront remplies par des communications diverses. Les journées du 10, 11 et 12 septembre pourront être employées à des excursions; un programme plus détaillé sera fourni ultérieurement. Les médecins, les magistrats, les membres des sociétés savantes, etc., sont conviés à la réunion. La participation est gratuite.

EXCURSION GÉOLOGIQUE.—M. Stanislas Meunier, aide-naturaliste au Museum d'histoire naturelle, fera une excursion géologique publique le dimanche 12 juillet 1885 à Gentilly, Villejuif et Arcueil. Rendez-vous à la Porte d'Italie à 11 heures du matin. Rentrée à Paris à 4 heures.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE, CHIRURGIE ET PHARMACIE DE TOULOUSE. — Questions mises au concours. Prix Gaussail (1886, 600 fr.) : *Du rôle pathogénique des ptomaïnes.* — Prix Gaussail (1887) : *Des néphrites infectieuses.* — Prix Jules Naudin, (1887, 1,000 fr.): *De la dépopulation en France étudiée dans les bassins de la Garonne et de l'Adour.* — Prix de la Société (1887, 300 fr.) : *Des troubles de l'intelligence et de la sensibilité dans le tabes dorsalis.*

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE. — Cette Société vient de transférer le siège de ses séances dans l'hôtel de la Société de géographie, 184, boulevard Saint-Germain.

SOCIÉTÉ NATIONALE D'AGRICULTURE DE FRANCE. — Cette Société, dans sa séance publique annuelle, tenue mercredi dernier, a accordé le prix Barotte (3,400 fr.), à M. PASTEUR, pour ses découvertes sur les maladies contagieuses. M. TOUSSAINT, professeur à l'Ecole vétérinaire de Toulouse, a obtenu le prix Béhaye (1,000 fr).

ACADÉMIE DES INSCRIPTIONS ET BELLES-LETTRES. — Une mention honorable vient d'être décernée à M. le Dr PAULMIER, pour son ouvrage intitulé : *Ambroise Paré, d'après des documents nouveaux.* (Concours des antiquités nationales).

MÉDECIN CONSEILLER GÉNÉRAL. — M. le Dr CLAMENT a été nommé conseiller général du canton de Laforce (Dordogne).

CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — M. BERTHELOT est nommé vice-président du Conseil.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BERLIN. — M. le professeur GERHARDT (de Würzbourg), a été nommé prof. de clinique médicale.

HERBORISATION. — M. CHATIN, professeur de botanique à l'Ecole supérieure de pharmacie, fera une herborisation publique le dimanche 12 juillet dans les bois de Chaville-Versailles. Départ de la gare Montparnasse à 11 h. 35 m., pour Chaville.

L'HOPITAL FRANÇAIS DE YOKOHAMA. — Un hôpital français, spécialement consacré aux malades et aux blessés de Formose, fonctionne à Yokohama depuis la fin d'avril. Une centaine de jeunes soldats y sont soignés par des médecins français.

INSTRUCTIONS SANITAIRES. — Le Ministre de la guerre vient de prescrire au général commandant le 19e corps de faire établir, aux environs du fort Gênois, sous des tentes, une sorte d'hôpital contenant 300 lits, et où les soldats du Tonkin feront quarantaine. On va y installer immédiatement ceux qu'a ramenés le *Mytho.*

CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE. — Un concours s'ouvrira successivement dans les écoles de médecine navale de Rochefort, Toulon et Brest, à partir du 1er septembre 1885, dans le but de pourvoir à vingt-huit emplois d'aide-médecin et à un emploi d'aide-pharmacien.

NÉCROLOGIE. — On annonce la mort, à Pesth, du privat-docent Geza FALUDY, à l'âge de 47 ans. — M. le Dr Henri LABARRAQUE. — Le Dr LORIOL (d'Avignon). — Le Dr DAVIS PORTER (de Dublin). — Le Dr JUAN PESET Y VIDAL, mort du choléra à Valence. — Le Dr Théodore CALVO, mort à l'âge de 47 ans, quelques semaines après son frère, Dominique Calvo. Ils étaient les neveux de Ricord. — Le Dr VELASCO, décédé à Nice, à l'âge de 35 ans. — Les Drs COMPANED, SERRANO et RONGEL, morts du choléra, les deux premiers à Valence, le dernier à Alboraya. — Le Dr LAGAL (de Courtrai). — Le Dr KLUYSKENS (de Gand). — Le Dr COUNHEIM (de Leipzig). — Au dernier moment nous apprenons que M. le professeur ÆBY est décédé le 8 juillet aux bains de B ilin (Bohême). M. Æby avait été pendant de longues années, professeur d'anatomie à Berne et avait été nommé récemment à Prague. Nous indiquerons dans le prochain numéro ses principaux travaux.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie F. ALCAN, 108, boulevard Saint-Germain.

BOUCHARDAT (A. et J.). — Annuaire de thérapeutique, de matière médicale, de pharmacie et d'hygiène pour 1885. Volume in-18 de 379 pages. — Prix 1 fr. 50.

GARNIER (P.). — Dictionnaire annuel des progrès des sciences et institutions médicales, suite et complément de tous les dictionnaires. — Volume in-12 de 750 pages. — Prix: 7 fr.

LANESSAN (J. de). — Introduction à la botanique. — Le sapin. — Volume in-8 de 276 pages, avec 102 figures. — Prix : 6 fr.

Librairie J.-B. BAILLIÈRE, 19, rue Hautefeuille.

GUYON (F.). — Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires professées à l'hôpital Necker.—Un volume in-8 de 1084 pages, avec 49 figures. — Prix ; 16 fr.

BALFOUR (M.). — Traité d'embryologie et d'organogénie. Traduit par ROBIN (H.-A.) et MOCQUARD (F.). Tome second: Embryologie des vertébrés. Organogénie. — Volume in-8 de 740 pages, avec 422 figures. — Prix de l'ouvrage complet : 30 fr.

NOUVEAU DICTIONNAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUE publié sous la direction du Dr JACCOUD. Tome XXVIe (Tr.-Typho) in-8 de 848 pages avec 58 figures. Tome XXXVIIe (Typ.-Utér.). — Volume in-8 de 907 pages, avec 112 figures.

DUPOUY. — Médecine et mœurs de l'ancienne Rome, d'après les poëtes latins. — Volume in-18 de 432 pages. — Prix: 4 fr.

MOREAU (de Tours). — Fous et bouffons. Etude physiologique, psychologique et historique. — Volume in-18 de 288 pages. — Prix: 3 fr. 50.

TESTUT. — Mémoire sur la portion brachiale du nerf musculo-cutané. — Brochure in-4° de 39 pages. — Paris, 1884. — Librairie G. Masson.

TESTUT. — Le muscle presternal et sa signification anatomique. — Brochure in-8 de 16 pages. — Extrait du *Journal de l'anatomie.* —Paris, 1884. Librairie F. Alcan.

TESTUT. — Contribution à l'anatomie comparée des races humaines. Dissection d'un Boschiman. — Brochure in-4° de 4 pages. Extrait des *Comptes rendus de l'Académie des sciences.* — Paris, 1884. — Librairie Gauthier-Villars.

TESTUT. — Le muscle omo-hyoïdien et ses anomalies. — Brochure in-8 de 19 pages. — Paris, 1882. — Librairie Masson.

TESTUT. — Contribution à l'anatomie comparée des races nègres. — Brochure in-8 de 11 pages. — Bordeaux, 1884. — Imprimerie A. Bellier et Cie.

TESTUT. — Les anomalies musculaires chez les nègres et chez les blancs. — Brochure in-8 de 7 pages. — Extrait du *Monatsschrift* f. Anat. u Hist., 1884.

13e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. II. N° 29 BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 18 JUILLET 1885.

Le Progrès Médical

PHYSIOLOGIE

Expériences sur un supplicié ;

Par MM. P. REGNARD et P. LOYE.

I. — Expression de la physionomie. — II. Contracture initiale. — III. État des réflexes. — IV. Action du pneumogastrique sur la Contractilité pulmonaire. — V. Fibres de Reissessen. — VI. Action du pneumogastrique sur les mouvements de l'intestin et de l'estomac. — VII. Action du pneumogastrique sur la sécrétion stomacale. — VIII. Muscles interosseux et lombricaux.

Les recherches que les physiologistes peuvent faire sur le corps des suppliciés sont le plus souvent rendues infructueuses par l'impossibilité de recevoir le cadavre immédiatement après l'exécution. L'accomplissement de certaines formalités surannées fait perdre à Paris un temps précieux ; ce n'est guère en effet qu'une heure après la décollation que les expérimentatenrs peuvent commencer une étude dont l'intérêt est alors de beaucoup diminué. Ce qui n'est pas permis à Paris est, par contre, possible en province : ainsi, grâce à l'extrême obligeance des autorités de la Ville de Troyes, nous avons pu, le 2 juillet dernier, rencontrer des conditions d'expérimentation qui, depuis longtemps, n'avaient été fournies aussi avantageusement.

Notre intention était de faire un certain nombre de recherches physiologiques dont le plan nous avait été suggéré par M. Paul Bert, et, en même temps, d'observer les premiers effets qui suivent la décapitation chez l'homme. Ce dernier point a toujours eu le privilège d'exciter vivement la curiosité, non seulement des physiologistes, mais aussi des psychologues ; ceux-ci se sont en effet toujours demandé si la vie consciente persiste après la séparation de la tête et du tronc, ou si la mort survient bien au moment où elle est appliquée de par la loi. Nous avouons que cette préoccupation n'était pas la nôtre ; cependant, les faits que nous avons relevés permettront peut-être d'acquérir quelques notions sur ce point contesté.

Placés d'abord sur le lieu même de l'exécution, puis dans la voiture qui conduisait le cadavre à l'hôpital, nous avons pu commencer nos recherches moins d'une minute après la section de la tête. Voici ce que nous avons pu constater.

I. Au moment où le condamné fut placé sur l'instrument de supplice, il était très probablement en syncope ; il demeura complètement inerte, les yeux grandement ouverts et la bouche béante. A l'instant précis où le couteau trancha la tête, nous vîmes, avec la plus grande netteté, une contraction générale des muscles de la face : mais l'affreuse grimace qui en résulta doit sans doute être rapportée plutôt à l'excitation directe qu'à un phénomène psychique. Cette contraction fut-elle accompagnée d'un phénomène analogue du côté du corps? nous n'avons pu le reconnaître, à cause des liens qui enserraient très étroitement le condamné.

Le panier traditionnel avait été remplacé par la bière même du supplicié ; aussi, le cadavre nous fut-il remis sans avoir été manipulé, moins d'une minute après la décollation, dans la voiture de l'exécuteur. Le premier fait qui nous frappa fut l'inertie complète dans laquelle il semblait être ; la face était calme, les traits reposés, la bouche et les yeux fermés. Nous étions loin de ces mouvements désordonnés que beaucoup d'auteurs attribuent aux cadavres des suppliciés, en s'en rapportant peut-être à ce qu'on observe chez certains animaux (canards, coqs, etc.) quand on les tue par décapitation.

II. Nous essayons de soulever le corps; il est dans un état complet de contracture aussi bien des extenseurs que des fléchisseurs. En élevant l'extrémité des jambes, on soulève le corps tout entier ; il est impossible de fléchir les genoux, de fléchir les cuisses sur le bassin. Quelque chose d'analogue semble d'ailleurs exister du côté de la tête. Les paupières qui étaient démesurément ouvertes au moment de la chute du couteau, sont convulsivement fermées ; il nous est même difficile de les tenir entr'ouvertes pour les expériences qui vont suivre. Cet état de contracture générale a duré deux ou trois minutes (une grande précision dans les mensurations est difficile à obtenir dans une voiture lancée au grand galop des chevaux).

III. Les réflexes persistent-ils après la décollation ? Après que la rigidité a cessé, nous pinçons la peau du corps, nous chatouillons les pieds sans provoquer le moindre mouvement : le réflexe rotulien a complètement disparu. Nous excitons fortement la surface de l'œil sans amener la moindre contraction des paupières ni des muscles de la face. L'irritation violente de la moelle au point de la section ne donne aucun résultat. La pupille, moyennement dilatée, se contracte à peine à l'approche d'une lumière vive. Ainsi, trois minutes après la décapitation, nous ne pouvons observer non seulement aucun mouvement spontané, mais même aucun réflexe : seule, la pupille se contracte un peu en présence de la lumière.

Nous arrivons à l'hôpital, où une salle d'expérimentation avait été soigneusement préparée par M. le Dr Vauthier, médecin en chef de l'Hôtel-Dieu de Troyes. La tête du supplicié est remise à MM. Laborde, Rondeau et Gley : nous nous occupons exclusivement des expériences sur le tronc.

IV. Notre première expérience visait l'action qu'exerce le nerf pneumo-gastrique sur la contractilité pulmonaire. Les recherches si contestées de Williams, si bien reprises et si bien déterminées par M. Paul Bert, montraient que, chez le chien, les fibres musculaires de Reissessen, disposées circulairement autour des bronches, ont les nerfs vagues pour agents d'innervation. Malheureusement, le pneumogastrique du chien est intimement lié au sympathique, de sorte qu'il était difficile de dire exactement auquel de ces deux nerfs on devait rapporter l'influence sur les muscles du poumon. Au contraire, chez l'homme, la séparation existe, et l'expérience que nous venons de faire permettra de résoudre la question.

Nous pratiquons une ouverture dans les deux plèvres afin de permettre à l'air d'y pénétrer largement ; l'expérience ne vaut en effet que si l'élasticité pulmonaire est complètement satisfaite. Un manomètre différentiel à eau est introduit dans la trachée et solidement fixé

sur elle ; puis les pneumo-gastriques sont excités par un courant induit. Immédiatement, nous constatons l'ascension du liquide dans le manomètre, ascension lente, suivie d'une descente très lente également, dès que le courant est interrompu. Cette expérience, un peu longue à préparer, à cause de l'état de la plaie, a été faite trente-deux minutes après la décollation. Elle démontre que c'est bien à l'action du pneumogastrique qu'est due la contractilité pulmonaire.

V. Plus tard (soixante minutes), et après l'ouverture du thorax, nous plaçons un des pôles du courant sur la surface pulmonaire et l'autre sur la trachée dans le médiastin ; nous excitons ainsi directement le tissu pulmonaire ; les fibres de Reissessen se contractent et le liquide monte lentement dans le manomètre trachéen.

VI. Quarante-cinq minutes après la décapitation, nous ouvrons l'abdomen du supplicié. Nous n'observons aucun mouvement spontané des intestins ou de l'estomac ; le contact de l'air n'en détermine pas non plus. Nous excitons les deux nerfs vagues ; immédiatement on constate des mouvements très manifestes de l'estomac et des intestins, mouvements étendus jusqu'au côlon transverse. Suivant Longet, cette action motrice pour l'estomac ne se produirait que qand la cavité stomacale est pleine d'aliments ; ici, cette dernière était dans un état de vacuité absolue.

VII. Nous ouvrons l'estomac ; il est tout à fait vide. Une forte odeur alcoolique s'en dégage, le condamné ayant bu un peu d'eau-de-vie en allant au supplice. Nous excitons de nouveau les pneumo-gastriques ; la muqueuse stomacale se fronce et se plisse très fortement ; en même temps nous voyons sourdre de nombreuses gouttelettes de suc gastrique, à peu près également sur toute la surface. On sait que les auteurs sont loin d'être d'accord sur l'innervation de la sécrétion stomacale. Notre expérience est faite quarante-cinq minutes après l'exécution.

VIII. M. Demoulin, aide d'anatomie de la Faculté, a disséqué les muscles inter-osseux dorsaux, palmaires, et les lombricaux. Le courant induit étant envoyé successivement dans ces différents muscles, nous constatons que leur action est bien celle qui leur a été assignée par Duchenne, de Boulogne.

En résumé, nous insistons sur les faits suivants que nous avons constatés : Contracture subite et générale au moment de l'excitation de la moelle par le passage du couperet, contracture qui persiste deux ou trois minutes ; — Disparition des réflexes, même les plus grossiers ; — Action évidente du pneumogastrique sur la contractilité pulmonaire ; — Rôle manifeste des fibres de Reissessen dans cette même contractilité ; — Innervation des mouvements de l'estomac et de l'intestin due au pneumogastrique ; — Influence très nette du nerf vague sur la sécrétion stomacale ; — Enfin, vérification du mécanisme des muscles de la main (1). Ces expériences n'apportent pas de faits inattendus, mais elles confirment ceux qu'on avait vus sur les animaux et étendus à l'homme par le raisonnement. D'autre part, la première partie de nos recherches pourra peut-être rassurer les psychologues qui redoutent la persistance de la vie consciente après l'application de la peine de mort.

(1) Une aiguille mise dans le cœur par M. Laborde indiquait cinquante et un battements douze minutes après l'exécution. Les battements ne disparurent qu'à la vingtième minute. A l'autopsie on trouva le cœur dans un relâchement complet ; les cavités contenaient des caillots.

CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIQUES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE. — **M. H. LELOIR.**

Leçons sur la Syphilis (1) ;

Professées à l'hôpital Saint-Sauveur.

CINQUIÈME LEÇON (13 février 1885).

Messieurs,

A. Abordons maintenant l'étude histologique plus détaillée du *syphilôme*, de l'*induration chancreuse.*

En 1846, le professeur Charles Robin décrivait le chancre comme composé d'éléments fibro-plastiques et de cytoblastions. Quelque temps après, Virchow faisait du chancre une hyperplasie du tissu cellulaire, il disait que son histologie était semblable à celle des gommes, il en faisait une tumeur de granulations. Les travaux ultérieurs des histologistes, n'ont en somme, fait que confirmer, sauf quelques modifications, les recherches de Robin et de Wirchow sur la structure de l'induration chancreuse. Biesadecki, Auspitz et Unna, et surtout Cornil, ont étudié d'une façon précise, la structure de l'induration chancreuse.

Sur une coupe de chancre, on voit que les fibres du tissu conjonctif sont dissociés par des cellules rondes (cellules dites embryonnaires) dont la majeure partie est continuée par des cellules lymphatiques sorties des vaisseaux par diapédèse, dont l'autre provient de la prolifération des cellules fixes du tissu conjonctif. « D'autres éléments cellulaires, dit Cornil, sont des cellules plates ou cellules fixes du tissu conjonctif dont le noyau est devenu plus gros en même temps que le protoplasma de la cellule est granuleux et tuméfié, cellules fibro-plastiques de Robin. » Ce gonflement des cellules du tissu conjonctif, bien décrit par Cornil, a été ultérieurement considéré par Neisser (article *syphilis* de l'*Encyclopédie* de Ziemssen) comme caractéristique du chancre infectant. A mon avis, il n'en est rien, et j'ai retrouvé ces cellules, non seulement dans le chancre, mais dans les gommes, les plaques muqueuses, et dans bien d'autres affections cutanées même qui ne sont nullement d'origine syphilitique. Vous les trouverez plus ou moins nettes sur ces préparations colorées avec du picro-carmin, et mieux, avec du brun de Bismarck.

Auspitz et Unna, Cornil, décrivent dans le chancre un épaississement scléreux inflammatoire des tuniques, des vaisseaux artériels et veineux portant surtout sur la membrane externe ou adventice du chancre. Cette sclérose vasculaire, bien que fréquente, n'est pas constante dans tous les chancres ; en ceci, je suis complètement d'accord, contrairement à Auspitz et Unna, avec mon collègue le professeur Neisser, de Leipzig. Quant à l'hypertrophie fibrillaire du tissu conjonctif fibreux, qu'Auspitz et Unna considèrent comme caractéristique du chancre, elle ne m'a pas paru constante, je dirais même presque, avec Neisser, qu'elle est assez rare ; même dans les grosses indurations. En tous cas, elle est loin d'être caractéristique du chancre syphilitique, quand celui-ci est examiné pendant la période de début ou d'état.

Il faut, d'ailleurs, se méfier, au point de vue histologique du tassement, des fibres conjonctives par les cel-

(1) Voir *Progrès médical*, nos 11, 12, 16, 17, 20, 21, 25 et 27.

lules embryonnaires, tassement qui peut parfois singer la sclérose. Enfin, pas plus que Cornil, je n'ai pu constater au niveau de la base du chancre, la réaction violacée de Bœrensprung sous l'influence de l'iode et de l'acide sulfurique.

En somme, si vous comparez l'étude histologique du chancre à celle des syphilides à papules fortement indurées, à celle des gommes, etc., vous voyez que, au début, toutes ces lésions présentent une structure identique à peu près. Toutes se rapprochent des tumeurs de granulations de Virchow. Comme le dit Cornil, « les lésions déterminées dans le tissu conjonctif par le chancre induré, ne diffèrent pas essentiellement de celles que produit l'inflammation dans ce même tissu. » Lisez dans la nouvelle édition du manuel de Cornil et Ranvier, les chapitres : gommes syphilitiques, lésions de la peau, vous verrez qu'il n'exsite pas de distinction histologique précise entre le chancre syphilitique et les gommes au début.

Lisez les descriptions histologiques des gommes telles qu'elles ont été faites par Wirchow, Cornil, Malassez, Chambard, Balzer, etc..., et vous vous demanderez réellement en quoi une gomme crue diffère, au point de vue histologique, d'un chancre. Dans les gommes, dans les papules, comme dans le chancre, ainsi que vous le montrera l'étude des travaux précédents, et ainsi que vous pouvez le constater sur mes préparations et dessins, la lésion majeure est l'infiltration du tissu par des cellules embryonnaires. Dans les gommes comme dans le chancre, les lésions vasculaires sont variables, elles peuvent manquer, elles peuvent au contraire être très accentuées. Dans les gommes comme dans le chancre, dans tous les syphilomes en un mot, les altérations des cellules fixes du tissu conjonctif, sont plus ou moins prononcées.

Le chancre peut même se nécroser dans certains cas comme une véritable gomme, nous le verrons tout à l'heure. En un mot, le chancre sec, le chancre cru, passez-moi l'expression, est comparable à la gomme crue. Le chancre nécrotique est comparable à la gomme nécrobiotique. Nous voyons donc que, dès le début, le premier syphilome présente une structure semblable à celle des syphilomes des autres périodes, avant qu'ils ne se nécrosent. Le premier syphilome est identique aux autres, nous verrons même que dans certains cas, il peut devenir non résolutif (1).

(1) Cette analogie, cette identité de structure existe aussi au point de vue plus délicat de la recherche des éléments spécifiques, des microbes, dans les syphilomes des différentes périodes. Les recherches toutes récentes de Lustgarten (*Medicinische Jahrbücher der Kaiserlichen Gesellschaftder Aerzte*, Vienne 1885), ont montré que, dans le chancre, les papules des périodes secondaires, les gommes, les tubercules, il existe un bacille très analogue morphologiquement au bacille de la tuberculose et de la lèpre, mais en différant par certaines réactions histochimiques. Ce bacille se trouve dans l'intérieur de cellules rondes, ovales, ou polygonales, d'un volume double à celui des globules blancs. Le prof. Doutrelepont de Bonn et le Dr Jos. Schütz (*Deutsch medicinische Wochenschrift*, n° 19, 1885) ont vérifié les recherches de Lustgarten, ils sont arrivés à colorer les bacilles par un procédé beaucoup plus simple que celui de Lustgarten. — Si donc nous sommes bien réellement ici en présence des « bacilles » de la syphilis, ce que la culture et l'inoculation expérimentale pourront seules démontrer, il restera à déterminer s'il est possible de distinguer entre eux les différents syphilomes d'après la plus ou moins grande quantité de bacilles qu'ils contiennent, d'après la disposition de ces bacilles, et d'après leur richesse plus ou moins grande en spores. Quoi qu'il en soit, le fait signalé par Lustgarten est vrai ; j'ai pu le constater après cet auteur et apres Doutrelepont et Schutz en employant les procédés de ces deux auteurs. Mais s'agit-il ici réellement du « bacille de la syphilis » ? Attendons le critérium de culture et d'inoculation expérimentale.

B. Lésions de l'épiderme à la surface du chancre. Ces lésions sont d'une grande importance : 1° elles nous expliquent l'érosion du chancre, les différents aspects de cette érosion, et les chancres pustuleux, croûteux, diphthéroïdes, etc.

2° Elles se rapprochent de très près de celles que l'on observe à la surface des autres syphilomes cutanés ou muqueux ; papules, papulo-pustules, etc. Je dirai plus, ces lésions ne sont pas même spéciales aux syphilomes en général, vous observerez ces mêmes lésions dans les différentes lésions élémentaires de la peau et des muqueuses. Il importe donc de les étudier en détail, non pas seulement au point de vue des syphilides cutanées ou muqueuses, mais des lésions élémentaires de la peau en général. Quand on examine une coupe de chancre infectant, on constate que, ainsi que vous le voyez sur ces préparations et dessins :

a) Sur les bords du chancre en *g'* (*fig.* 1), il y a hypertrophie de l'épiderme. Du corps muqueux de Malpighi en particulier ; et de ses prolongements interpapillaires. Parfois hypertrophie de la couche granuleuse, dont les cellules sont plus riches en éléidine.

b) Au milieu du chancre, là où se fait l'érosion chancreuse en *e* (*fig.* 1), il se produit des lésions épidermiques aboutissant à la destruction plus ou moins complète de cet épiderme. Les processus présidant à cette destruction plus ou moins complète sont : ou bien la désagrégation moléculaire (atrophie interstitielle) analogue à celle que j'ai étudiée après Larroque dans certains cas de lupus non exedens (Leloir et Vidal. *Anatomie pathologique du lupus*. Société de Biologie, 1882) ; elle est plus fréquente à la surface des gommes qu'à la surface du chancre ; ou bien la nécrose de coagulation de Weigert. Mais bien plus souvent, le processus qui amène l'érosion épithéliale du centre du chancre est l'altération que j'ai étudiée, en 1878, sous le nom « d'altération cavitaire » altération qui préside à la formation des vésicules, pustules et productions diphthéroïdes sur les muqueuses et sur la peau. Je ne puis ici vous décrire en détail cette altération dont je vous ai déjà parlé. Les préparations et dessins que je fais passer sous vos yeux vous rendent un compte suffisant de ce processus. Je me borne à renvoyer ceux d'entre vous, que cette question intéresserait, aux articles que j'ai publiés en 1878, 1879 et 1880, dans les *Archives de physiologie*, etc. (altération spéciale des cellules épidermiques ; structure et mode de formation des vésicules et pustules sur les muqueuses et sur la peau ; structure et développement des productions pseudo-membraneuses sur les muqueuses et sur la peau, etc.), différents travaux dont les résultats ont été complètement vérifiés et admis tant en France qu'à l'étranger.

Ce processus se résume en deux mots : sous l'influence de l'altération cavitaire, qui, débutant autour du noyau (*fig.* 12 A.) dans la zone hyaline périnucléaire de Ranvier, transforme la cellule épithéliale en une cavité, et lui fait prendre l'aspect d'une cellule végétale (*fig.* 12, *B*) ; une partie plus ou moins étendue de l'épiderme cutané ou muqueux se trouve transformée en un réticulum, dont chaque maille est constituée par une cellule épithéliale ayant subi mon altération cavitaire. (Le schéma suivant tiré de mon mémoire à la Société de Biologie, mars et novembre 1878, et que mon maître Cornil m'a fait l'honneur de reproduire dans ses leçons sur la syphilis 1879) vous en donne une bonne idée). Le réticulum s'infiltre de liquides et de pus venus du

derme. Ses mailles se rompent par places, et constituent ainsi des cavités secondaires provenant de la fusion des cavités primaires. La vesico-pustule est formée, c'est le chancre pustuleux, puis par dissécation, ercoûteux de la peau (chancre ecthymateux, *fig.* 12, *C. D.*) Si la couche cornée est enlevée par macération ou autrement, comme cela se produit sur les muqueuses ou les régions de la peau qui, par leur humidité constante, se rapprochent des muqueuses, le réticulum, au lieu d'être

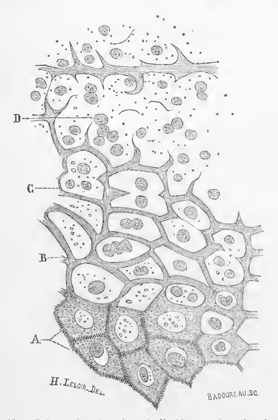


Fig. 12.— Schéma des altérations de l'épiderme à la surface du chancre, (figure extraite de mon mémoire de 1878. In comptes rendus de la Société de Biologie et intitulé: *Altération spéciale des cellules épidermiques*). *A.* Début de l'altération cavitaire. *B.* Cellules épidermiques ayant subi en entier l'altération cavitaire et prenant l'aspect de cellules végétales. Formation du reticulum épithélial primaire. *C.* Ouverture les unes dans les autres des cellules cavitaires, par disparition de leurs cloisons. Formation du reticulum épithélial secondaire. *D.* Destruction du reticulum épithélial. Formation des cavités plus ou moins grandes pleines de globules de pus, de fines granulations, de minces filaments de fibrine. Ces cavités sont bordées par les débris anfractueux des parois cellulaires désagrégées.

soulevé et distendu par les liquides venus du derme et de former une vésico-pustule, s'affaisse. Il constitue une pseudo-membrane. C'est le chancre gris ou diphthéroïde. Si cette fausse membrane est enlevée en partie ou totalement, le chancre prendra, aux points où cette pseudo-membrane d'origine épithéliale manque, l'aspect rouge, ou chair musculaire. C'est le chancre rouge (1).

Ces lésions épithéliales sont-elles uniquement secondaires aux troubles de nutrition que produit dans l'épiderme le développement du syphilome, comme le pense Cornil? Oui, en partie, mais je pense que l'on ne peut dire en entier. Je pense que l'action locale du virus syphilitique produit à la fois des lésions épidermiques et dermiques. En effet, au début, le chancre est surtout une lésion épidermique, une érosion, une production de vésico-pustulation. Ce n'est que plus tard, que l'on voit des lésions dermiques, néoplasiques, l'induration, le syphilome, l'emporter sur les lésions épidermiques.

(1) Il importe également d'étudier les modifications de la couche granuleuse et de l'éléidine dans l'épiderme qui recouvre le chancre. (Voir *fig.* 12). Au niveau de l'érosion, la couche granuleuse disparait en général, parfois cependant ses cellules subissent l'altération cavitaire, dans les chancres echthymateux superficiels par exemple. Sur les bords du chancre, la couche granuleuse est souvent épaissie et contient beaucoup plus d'éléidine. Il se passe ici un phénomène analogue à celui que l'on observe dans certaines papules cutanées.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

A propos de la discussion à l'Académie de médecine sur l'érysipèle.

Le 24 février 1885, M. Verneuil présentait à l'Académie de médecine un long mémoire, basé sur l'étude statistique des cas d'érysipèle observés dans le service de la clinique chirurgicale de la Pitié depuis 1862 jusqu'à ce jour. Ce travail était destiné à montrer par quels moyens le professeur Gosselin d'abord et M. Verneuil ensuite étaient arrivés à diminuer considérablement les cas d'érysipèle qui infestaient le service. Cette atténuation du mal, incontestable, avait été obtenue par les deux chirurgiens au moyen de procédés très différents. M. Gosselin refusait les érysipèles venant du dehors ou les reléguait dans une salle interdite aux autres blessés, il faisait de la ventilation à outrance et substituait les caustiques au bistouri pour l'ablation des loupes et des tumeurs du sein. Agissant tout différemment, M. Verneuil accepta les érysipèles venus du dehors, fit au bistouri toutes les opérations, mais en revanche appliqua de son mieux les principes de la méthode antiseptique, supprimant les explorations inutiles des plaies afin d'éviter l'auto-inoculation, renonçant à la réunion immédiate, etc. Donc la méthode antiseptique, concluait M. Verneuil, a une réelle puissance pour diminuer considérablement le nombre des érysipèles. Or, si l'on peut, par un ensemble de procédés appropriés, faire une prophylaxie efficace, appliquer des pansements réellement protecteurs, ce n'est qu'à l'hôpital qu'on pourra obtenir des résultats sérieux, et diminuer, si ce n'est supprimer l'érysipèle nosocomial. Mais il est un autre mode de contamination bien autrement grave et qui se renouvelle sans cesse, c'est l'infection par les cas extérieurs. C'est donc surtout contre les érysipèles arrivant de l'extérieur qu'il faudra se prémunir, en éloignant le sujet contaminé des autres malades, dès son entrée à l'hôpital, en employant des pansements antiseptiques, en créant autour du malade une atmosphère circonscrite également antiseptique, etc. En appliquant rigoureusement la méthode prophylactique et antiseptique contre l'érysipèle de son service, M. Verneuil prétendait être arrivé à diminuer par là même l'endémie érysipélateuse hors de l'hôpital. D'où cette autre face de la question sur laquelle il insistait beaucoup : prophylaxie de l'érysipèle de manière à éviter l'infection des visiteurs qui viennent voir les malades à l'hôpital, comme aussi la contamination de la population urbaine par les convalescents sortis de l'hôpital.

M. Gosselin vint à son tour exposer les résultats que l'application de la méthode antiseptique lui avaient

fournis. Sur 30 amputations de sein, 20 furent pansées par la méthode de Lister avec réunion immédiate, lavage abondant, mais sans faire usage du spray ; pour les dix autres, la réunion immédiate ayant été impossible, on employa l'eau-de-vie camphrée ; or, sur ces 30 cas, M. Gosselin n'eut qu'un érysipèle peu grave. Au contraire, sur 36 ablations de sein, indiquées dans sa statistique ancienne et pansées avec les vieux procédés, il y eut 21 érysipèles, dont 12 morts !

Avec M. Le Fort, la question changea un peu de face; ce chirurgien ayant une théorie à lui de l'érysipèle, affirma que toutes les plaies paraissent contenir une matière septique qui, dès que la moindre solution de continuité est faite intempestivement sur une plaie plus ou moins enflammée, pénètre par le réseau lymphatique et détermine l'érysipèle. La moindre irritation de la plaie, l'exposition à un courant d'air froid produirait également l'érysipèle, mais ce serait là l'érysipèle primitif. Quant aux érysipèles communiqués, c'est-à-dire dus à la contagion, ce sont de beaucoup les plus nombreux. De ces théories étranges découlait tout naturellement un ensemble de procédés thérapeutiques : irriter le moins possible les plaies, avoir des instruments, des pièces de pansement très propres et faire des pansements antiseptiques avec de l'eau aiguisée d'alcool ordinaire ou bien mieux de l'eau alcoolisée camphrée. Quant à l'acide phénique, d'après M. Le Fort, il irrite les plaies, excorie la peau tant et si bien, que s'il supprime les érysipèles communiqués, il augmente les cas d'érysipèle primitif. Nous verrons plus loin ce que valent ces interprétations. M. Panas et M. Trélat constatèrent que l'application de l'antisepsie pratiquée avec soin, avec minutie, quel que soit l'agent médicamenteux employé, avait amené une diminution considérable dans le nombre des cas d'érysipèles (1). M. Alph. Guérin affirma qu'avec son pansement ouaté on est absolument à l'abri de l'érysipèle et de l'infection purulente, puisque, en sept ans, la statistique de son service de l'Hôtel-Dieu ne lui fournit que deux cas d'érysipèle à la suite de traumatismes extrêmement graves. Cette action salutaire du pansement ouaté tiendrait, d'après M. Guérin, d'abord à ce qu'il filtre l'air et ensuite « à ce qu'il s'oppose à la pénétration des vibrions dans l'organisme » quand il exerce sur les tissus une compression assez forte pour aplatir les vaisseaux et rapprocher leurs parois opposées. » M. Polaillon se sert du pansement phéniqué complet avec le spray et des lavages abondants avec la solution à 5 0/0 ; « survient-il des signes de résorption carbolique, survient-il cette irritation érythémateuse de la peau, qu'on a souvent confondue avec l'érysipèle » il se sert d'acide borique, de chlorure de zinc ou d'eau-de-vie camphrée. Les pansements sont rares, toujours faits sous le spray ; les plaies contuses des extrémités sont pansées par la méthode d'A. Guérin. Avec ces procédés, sur 5837 malades soignés du 1er janvier 1879 au 1er janvier 1885, M. Polaillon eut 62 érysipèles dont 9 morts. Il pense donc que les pansements phéniqués ne mettent pas à l'abri de l'érysipèle, mais qu'ils en atténuent la virulence. Il considère comme absolument nécessaire de créer des salles d'isolement pour les érysipélateux. M. Panas expose la méthode qu'il emploie en chirurgie oculaire et qui consiste d'une part dans l'emploi d'une solution de bichlorure de mercure au dix-millième ou de biiodure au vingt-cinq millième et dans des lavages minutieux, avant l'opération, de la région opératoire, des instruments, des pièces de pansement, des doigts de l'opérateur et de ses aides. Le pansement est fait avec du coton hydrophile simple, boriqué ou phéniqué, maintenu par des bandes de coton ou de gaze. Avec ce procédé, l'érysipèle a entièrement disparu du service de M. Panas, et lors même qu'il s'est montré sur des malades non opérés, aucun des opérés n'a été contaminé (1). M. Hervieux portant la question sur le terrain de la pathogénie, a soutenu : « 1° que l'érysipèle n'est qu'une dépendance de la septicémie chirurgicale, de même qu'il n'est qu'une des expressions de la septicémie puerpérale, de même aussi qu'il n'est qu'une des formes de la septicémie néo-natorum : 2° que l'érysipèle et la septicémie peuvent s'engendrer réciproquement par voie de contagion. » Cette théorie, l'auteur la base sur l'observation purement clinique d'un grand nombre de faits ; nous verrons un peu plus loin qu'en l'espèce, l'observation clinique seule est absolument insuffisante pour permettre l'identification de ces diverses maladies infectieuses. M. Trélat insista ensuite sur l'importance des pansements antiseptiques faits avec soin et surtout renouvelés le moins souvent possible, chaque pansement exposant la plaie à une contamination érysipélateuse possible (2).

M. Cornil pensant qu'il serait bon de fixer l'attention de l'Académie sur les faits positifs fournis par l'étude des microorganismes pathogènes de l'érysipèle, vint exposer les données déjà courantes que l'on possède aujourd'hui sur l'érysipèle. Nous n'insisterons pas sur ces faits presque de connaissance vulgaire ; M. Cornil expliqua que, dans tous les cas d'érysipèle, on trouve dans la peau, des micrococcus associés deux par deux (diplococcus) ou en chaînettes sinueuses (streptococcus); il décrivit leur siège dans le derme et le tissu conjonctif sous-cutané, montra qu'ils peuvent être entraînés par le sang de la circulation générale, se fixer dans divers organes tels que le poumon, les méninges où on les retrouve facilement quand le malade est mort de pneumonie ou de méningite. Les reins aussi peuvent en renfermer et lorsque le malade présente de l'albuminurie, on trouve le coccus soit dans l'urine, soit à la surface des cellules rénales ; enfin, dans les cas graves, les vaisseaux du rein en sont remplis. Ces microorganismes se cultivent avec la plus grande facilité et les inoculations de cultures pures, si elles ne font rien ou presque rien sur les animaux, ont reproduit la maladie sur l'homme (Fehleisen). Mais à quoi pourraient tenir les diversités si grandes dans la gravité des érysipèles ? Plusieurs facteurs entrent alors en jeu, d'une part l'état préalable du malade, la question de terrain si importante dans toute maladie infectieuse, permettant l'envahissement de l'organisme par le microbe et sa multi-

(1) Séance du 24 février 1885

(1) Séance du 24 mars 1884.
(2) Séance du 21 avril.

plication plus ou moins rapide ; la porte d'entrée plus ou moins grande, etc. Il est enfin un fait très intéressant, c'est que fort souvent le coccus de l'érysipèle n'est pas seul ; il se mélange aux divers microbes de la suppuration, à ceux de la septicémie, à ceux de la putréfaction, et il constitue ainsi des états pathologiques mixtes. Cette constatation est d'une extrême importance en l'espèce et permet d'expliquer beaucoup de faits incompréhensibles sans cela, tels par exemple que ceux cités par M. Hervieux (1). M. Verneuil résuma ensuite toute la discussion en montrant l'unanimité des chirurgiens à faire des pansements antiseptiques, et en insistant surtout sur la nécessité de créer l'isolement complet pour les malades atteints d'érysipèle. Après quelques observations de M. Guérin, qui affirma qu'avec sa méthode, il défiait l'érysipèle, de M. Trélat et de M. Bouley, qui veut que l'on crée des salles d'isolement pour les érysipélateux, la discussion s'engagea sur le texte même des propositions destinées à résumer le débat. M. Dujardin-Beaumetz, tout en se déclarant prêt à voter les conclusions de M. Verneuil, fit remarquer qu'en présence de la bénignité ordinaire de l'érysipèle médical, il lui semblait étonnant qu'aucun médecin ne vînt déclarer qu'il est bien inutile d'isoler tous les cas d'érysipèle. M. Hardy partagea cette opinion contrairement à M. Féréol qui exprima des craintes sur le danger que peut présenter le voisinage d'érysipélateux pour les femmes en état puerpéral (2).

Enfin la discussion a été close le 23 juin par l'adoption des propositions de M. Verneuil légèrement modifiées, se résumant en un vœu par lequel l'Académie de médecine émet l'avis « qu'il est indispensable d'avoir dans les hôpitaux des locaux particuliers où l'isolement des érysipélateux sera sérieusement pratiqué. En conséquence elle demande formellement la création de ces locaux aux pouvoirs publics qui, dûment avertis, ne voudront pas assumer plus longtemps la responsabilité de ce qui existe aujourd'hui. »

(*A suivre.*) L. Capitan.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 6 juillet 1885. — Présidence de M. Bouley.

M. Chauveau envoie une note sur l'*application à l'inoculation préventive du sang de rate, ou fièvre splénique, de la méthode d'atténuation des virus par l'oxygène comprimé.* Il suffit d'inoculer une seule fois les animaux pour les préserver d'une manière efficace, soit contre les inoculations expérimentales avec du virus fort, soit contre les effets de la contagion spontanée. Les cultures atténuées par l'action de l'oxygène comprimé, sont aussi inoffensives que les cultures très atténuées, obtenues avec les autres méthodes et constituant ce que l'on appelle le premier vaccin charbonneux. Les cultures les plus atténuées sont encore actives et utilisables très longtemps après qu'elles ont été préparées.

M. G. Carlet a étudié la *structure et les mouvements des stylets dans l'aiguillon de l'abeille.* Cet appareil n'est pas seulement un trocart qui perce, mais encore une seringue aspirante et foulante qui se décharge à chaque coup de piston : M. Carlet fait la description de chacune des pièces de cet appareil compliqué.

MM. Lépine et Aubert ont cherché à déterminer la *toxicité respective des matières organiques et salines de l'urine.* Dans l'urine normale, la toxicité des cendres constitue au moins 85 0/0 de la toxicité totale de l'urine, tandis que dans certaines urines fébriles la toxicité des cendres n'atteint que 55 0/0 de la toxicité totale. Les symptômes que provoquent chez le chien les urines fébriles sont différents de ceux produits par l'urine normale La solution de cendres, quelle que soit la provenance de l'urine, tue toujours par arrêt du cœur.

M. Boucheron communique les résultats de ses recherches sur l'*épilepsie d'origine auriculaire.* Il existe chez l'homme et les animaux des crises épileptiformes qui ont pour origine une affection de l'oreille ou plus exactement une excitation des nerfs acoustiques. Ces épilepsies auriculaires doivent être rapprochées de l'épilepsie de Brown-Séquard, par excitation d'un nerf cutané sensitif. Les causes peuvent être : le catarrhe tubo-tympanique, le catarrhe purulent de la caisse avec otorrhée, le bouchon cérumineux, les lésions du rocher, du labyrinthe, etc.

M. Moricourt fait connaître de *nouveaux procédés métalloscopiques dans les cas d'aptitudes métalliques dissimulées.* Un certain nombre de névropathes présentent une anesthésie absolue, que l'application externe des métaux ne fait pas disparaître : dans ce cas, on détermine l'idiosyncrasie métallique, et l'on fait revenir la sensibilité à l'aide des injections sous-cutanées de sels métalliques. Les sujets atteints de léthargie, de catalepsie, ou de somnambulisme spontanés, de même que les sujets hypnotisables, sont presque toujours sensibles au cuivre ou à l'or, quelquefois aux deux. Lorsque des sujets peuvent être mis en somnambulisme, un procédé rapide de métalloscopie consiste à leur appliquer successivement, pendant quelques minutes, les différents métaux sur l'avant-bras. Le métal qui leur fait éprouver la sensation la plus forte, et c'est presque toujours le cuivre ou l'or, est celui qui doit leur être administré *intus* et *extra.*

M. Leloir a déposé au Ministère de l'instruction publique un rapport sur la *lèpre en Norwège,* dont voici les principales conclusions. — Il n'y a qu'une lèpre, à l'évolution variable. Après quelques prodromes, on voit apparaître des poussées éruptives successives, pouvant être maculeuses ou tuberculeuses. Mais, quelle qu'ait été l'éruption au début, si le malade survit à la période éruptive, on voit apparaître une série de lésions dépendant d'altérations du système nerveux, et finissant par amener, au bout d'un temps parfois très long, la mort du sujet. Si la lèpre est contagieuse, elle l'est en tous cas à un degré très minime ; la présence d'un bacille dans les produits lépreux n'est pas une preuve absolue en faveur de la nature contagieuse; la malaria n'est pas contagieuse bien que produite par un micro-organisme. La lèpre diminue en Norwège, car les familles lépreuses disparaissent fatalement au bout de quelques générations, par suite de la mortalité, du célibat, de l'isolement, etc. La lèpre se tue elle-même.

M. Koubassoff a étudié le *passage des microbes pathogènes de la mère au fœtus* : 1° Les bacilles du charbon passent toujours de la mère au fœtus ; — 2° Plus longue est la durée du temps qui s'écoule entre l'inoculation de la femelle pleine et sa mort, plus sont nombreux les microbes dans le fœtus ; — 3° Il passe toujours plus de bacilles virulents du charbon que de bacilles du virus atténué ; — 4° L'état pathologique des membranes, du placenta et du fœtus empêchent le passage des bacilles ; — 5° L'inoculation des femelles pleines par un vaccin trop fort cause presque toujours la mort du fœtus ; — 6° Les fœtus ne sont pas vaccinés suffisamment par la mère.

M. Delage envoie une note sur l'*accroissement et la structure des fanons de la baleine.*

M. Bourquelot continue ses recherches sur la *composition et la fermentation du sucre interverti.*

Paul Loye.

(1) Séance du 12 mai.
(2) Séance du 16 juin 1884.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 12 juillet 1885. — PRÉSIDENCE DE M. P. BERT.

M. DUMONTPALLIER a, depuis sa dernière communication, fait de nouvelles observations sur l'élévation de la température de la peau, par suggestion, chez les hystériques hypnotisables. Il a obtenu des résultats encore plus marqués que ceux qu'il a précédemment énoncés; de plus, il a reçu une lettre de MM. BOURRUT et BURST qui, chez un hystérique hypnotisable, ont obtenu par suggestion des hémorrhagies cutanées. M. Dumontpallier signale en outre l'état de lutte intermédiaire qui, pendant la période somnambulique, s'établit chez l'hypnotisé et le rend inapte à exécuter tous les ordres suggérés.

M. Ch. FÉRÉ, dans un mémoire qu'il a publié en 1883, intitulé : *les hypnotiques hystériques considérées comme sujets d'expérience en médecine mentale*, a insisté sur cet état intermédiaire qui montre que le sujet n'est pas un automate absolu. Il serait encore bien plus intéressant d'étudier à fond l'automatisme dans le vertige ou l'absence épileptiques.

MM. REGNARD et LOYE communiquent les résultats de leurs expériences sur le corps du dernier supplicié. (Voir plus haut, p. 33.)

M. LABORDE a de nouveau constaté chez ce même supplicié que l'excitabilité cérébrale persistait en dehors de l'irrigation sanguine. Toutefois, au moyen de la transfusion, il a vu cette excitabilité persister jusqu'à la 50e minute. Le cœur était rempli de caillots, ce qui n'avait pas encore été constaté : les poumons présentaient comme d'ordinaire de l'emphysème interlobulaire.

(Il s'élève alors entre MM. P. BERT et LABORDE une discussion sur l'utilité des expérimentations sur la tête des suppliciés dont les lecteurs du *Progrès* trouveront tous les termes dans le *Compte rendu officiel* des séances).

M. François FRANCK continue l'exposé de ses recherches *sur la circulation cérébrale* et ses rapports avec le liquide sous-arachnoïdien. Il conclut que les mouvements du liquide sous-arachnoïdien entre le crâne et le rachis existent, mais qu'ils ne se produisent que lors des impulsions sanguines brusques comme les impulsions cardiaques, ou, en ce qui regarde l'influence de la respiration, lors de grands mouvements respiratoires. Si on doit admettre ces mouvements, il faut également admettre qu'ils n'ont qu'une valeur tout à fait secondaire. La quantité du liquide déplacé est fort minime et complémentaire de la quantité de sang veineux qui sort du crâne. Ces déplacements n'ont aucune influence sur les battements ou mouvements lombaires qu'on observe en particulier dans le spina-bifida; partis du crâne, ils s'étouffent en route. Ces mouvements lombaires ont une cause toute locale : normalement, ils existent en très petite quantité et sont d'une très faible étendue. Les mouvements crâniens sont un moyen circulatoire complémentaire; si on comprime légèrement les jugulaires et qu'on empêche ainsi l'afflux du sang veineux, on les voit devenir beaucoup plus importants.

MM. P. BERT et REGNARD ont placé dans de l'eau oxygénée des cerises dont la surface était intacte et la queue coupée un peu au-dessus du lieu d'implantation, de façon à ce qu'il n'y eût pas de solution de continuité. Après une macération suffisamment prolongée, ils ont pu distiller ainsi une certaine quantité d'alcool éthylique à 90° et une quantité très minime d'alcools lourds. Si on place les cerises ouvertes dans de l'eau oxygénée, il ne se produit pas d'alcool, car cette eau tue la cellule, qui ne peut plus fermenter. L'eau oxygénée empêche donc les fermentations.

GILLES DE LA TOURETTE.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 21 novembre 1884. — PRÉSIDENCE DE M. CORNIL.

16. Foyers athéromateux ouverts dans l'aorte ; hémorrhagies multiples : par TISSIER, interne des hôpitaux.

La nommée Berthelot, Mario, âgée de 56 ans, couturière, entre le 11 novembre dans la nuit à l'hôpital Lariboisière, (service de M. SIREDEY) salle Sainte-Claire, n° 13 bis. On ne possède sur son compte aucune espèce de renseignements. Au moment de l'entrée, elle était sans connaissance, ne présentait aucun symptôme particulier qu'on ait noté et n'exhalait aucune odeur marquée ni d'alcool ni d'ail.

Le lendemain matin, à la visite, son état ne s'était pas modifié. Elle est plongée dans un coma profond ; la face est légèrement tirée vers la gauche, la paupière droite recouvre le globe oculaire et retombe dès qu'on cesse de la soulever. Les membres sont flasques des deux côtés; mais certainement la flaccidité est plus prononcée du côté droit; le chatouillement de la plante des pieds provoque quelques légers mouvements de la jambe gauche, rien du côté droit. Les téguments et la conjonctive ont une coloration ictérique intense; la langue et les lèvres sont sèches et brunâtres. L'auscultation du cœur, difficile à cause de la respiration bruyante, ne laisse entendre aucun bruit de souffle. Les bruits cardiaques sont très sourds. Dans la poitrine, sonorité normale ; pas de souffle à la base non plus qu'aux sommets des poumons ; râles trachéaux bruyants. La vessie contient près de 1,500 grammes d'urine, évacuée par le cathétérisme. L'addition d'acide nitrique n'y décèle ni albumine, ni matière colorante de la bile. Pas de garde-robe. La température est normale. La malade meurt à 10 heures du matin, le 12 novembre, quelques instants après l'examen.

AUTOPSIE, le 13 novembre, 24 heures après la mort. Le *cerveau* et les *méninges* ne sont le siège d'aucune altération importante. Les artères de l'hexagone et les artères sylviennes, poursuivies jusqu'aux circonvolutions de l'insula, sont très athéromateuses, mais nulle part thrombosées. Les ventricules latéraux et médians ne contiennent pas de sang et ne sont pas dilatés. La coupe par tranches minces des deux hémisphères, du mesocéphale, du cervelet et du bulbe ne montre ni foyer d'hémorrhagie, ni tumeur. La base du crâne est normale.

Dans la *poitrine*. La plèvre viscérale est marbrée d'un grand nombre de suffusions sanguines sous-séreuses. Les poumons, congestionnés aux deux bases, crépitent dans toute l'étendue. Il n'y a pas de tubercules aux sommets, pas d'induration d'apoplexie pulmonaire en aucun point. Les artères pulmonaires suivies jusqu'aux petites ramifications sont partout perméables. Les bronches, la trachée et le larynx ne contiennent aucun obstacle à la circulation de l'air. Le *cœur* est tacheté à sa face antérieure et à sa face postérieure à l'union des ventricules et des oreillettes et tout le long du sillon longitudinal de gouttelettes ecchymotiques sous-péricardiques rouge-violacées. Le ventricule gauche est notablement hypertrophié. Pas de rétrécissement ni d'insuffisance des divers orifices valvulaires, sauf pourtant un léger degré d'insuffisance de l'orifice aortique. La base de la grande valve de la mitrale et les valvules de Morgagni sont athéromateuses.

L'aorte, d'un diamètre agrandi à l'origine, est jaunâtre et présente un épaississement athéromateux de sa tunique interne, presque général. En outre, au niveau de l'inflexion de la crosse, puis en trois autres points du trajet thoracique, la tunique interne est déchirée transversalement et les bords de la déchirure sont mâchés, ecchymosés, ourlés d'un liseré violacé. La première déchirure (celle de la crosse) occupe presque toute la circonférence de l'artère, mais le milieu répond à la face antérieure ; les autres occupent seulement la face antérieure. De plus au niveau de la déchirure supérieure, les bords sont décollés en haut et en bas et comme dans un anévrysme disséquant; la tunique interne est séparée des tuniques moyenne et externe par un espace en nid de pigeon de 1 cent. de profondeur. Le décollement du bord supérieur ne s'étend qu'à deux ou trois millimètres. Le tissu cellulaire qui double la face antérieure de la tunique adventice de l'aorte est imbibé d'une sérosité sanguinolente, qui a filtré depuis la crosse jusqu'à l'orifice diaphragmatique.

Toutes ces déchirures se sont produites sur des tissus infiltrés d'athérome. La friabilité de l'artère est telle que

la traction exercée pour la mieux tendre devant le couteau suffit à la rompre au niveau de l'orifice du diaphragme. La facilité de cette rupture pourrait faire croire que les déchirures observées plus haut sont un produit accidentel de l'autopsie, si le décollement des tuniques et l'infiltration de sang dans l'atmosphère voisine ne détruisaient cette supposition. D'ailleurs, *l'aorte abdominale* disséquée sur place sans le moindre tiraillement découvre trois ou quatre ulcérations par destruction de la tunique interne au-dessus de plaques d'athérôme. L'ulcération grisâtre la plus étendue (diamètre d'une pièce de 0.20 centim.) siège à un demi-centimètre au-dessus de la bifurcation des 2 iliaques primitives. Les 2 artères mésentériques sont libres: on ne trouve au moins dans les 7 à 8 premiers centimètres de leur parcours aucun caillot obturateur. L'*œsophage* a son revêtement muqueux absolument sain sans aucune ulcération ni eschare. Il n'y a pas la moindre communication entre ce conduit et l'aorte.

Dans l'*abdomen*, à l'ouverture de la *cavité péritonéale*, les taches ecchymotiques diffuses, irrégulières déjà notées sous la plèvre et sous le péricarde, apparaissent extrêmement abondantes dans l'épaisseur des replis épiploïques et mésentériques. Les infiltrations sanguines noirâtres, pressées les unes contre les autres, donnent l'apparence de grains de raisin noir éparpillés. — L'*estomac* est distendu par un liquide sanguinolent. Sa paroi muqueuse, soigneusement lavée, est absolument saine; l'*intestin*, dans toute son étendue, est rempli d'une bouillie noirâtre, gelée de cassis, constituée par du sang mélangé à des aliments. Pas plus qu'à l'estomac, on ne trouve aucune lésion des parois intestinales.

Le *foie* est petit (1,100 grammes); il ne présente à la coupe rien autre chose qu'une forte congestion. La coloration en est rougeâtre uniformément. La tranche n'est pas granuleuse. — La *rate*, de dimension habituelle, est tachetée à la surface de deux ou trois infiltrations sanguines sous-séreuses. Pas d'*infarctus*. Rien de notable à la coupe. — Les *reins* sont légèrement adhérents à la capsule, un peu gros, sans changement de couleur appréciable.

Les coupes du foie, montées dans la glycérine après durcissement par l'action de la gomme et de l'alcool, examinées par M. Oettinger, ont présenté les particularités suivantes : Les ramifications des veines-portes sont remplies de globules sanguins, et le tissu conjonctif qui les entoure est épaissi, infiltré de cellules embryonnaires. Les canalicules biliaires sont sains et les cellules qui les tapissent ne présentent aucune altération. Les veines intralobulaires présentent un léger épaississement de leurs parois ; elles sont comme les veines-portes, remplies de globules rouges; ceux-ci remplissent aussi les capillaires intra-lobulaires, particulièrement au pourtour des veines centrales. — Les trabécules des cellules hépatiques sont aplaties, séparées les unes des autres par les capillaires gorgés de globules sanguins. Les cellules hépatiques se colorent mal, forment des masses plus réfringentes qu'à l'état normal, dans lesquelles le noyau est très peu distinct; en outre, un grand nombre d'entre elles, particulièrement celles de la périphérie du lobule, sont remplies par une grosse gouttelette graisseuse. En résumé, la lésion prédominante est avant tout une congestion considérable de tout l'organe hépatique; joignons-y quelques altérations graisseuses cellulaires et un léger degré de sclérose périvasculaires. Nous n'avons trouvé nulle part ni embolie, ni foyer hémorrhagique proprement dit.

Rein. Le rein. préparé suivant les mêmes procédés, présente du côté des vaisseaux un degré assez accusé d'endiartérite et de périartérite. Les glomérules eux-mêmes présentent une capsule fibreuse notablement épaissie, d'où rayonnent quelques tractus de tissu conjonctif, séparant les tubes contournés les plus voisins de la périphérie du lobule. Quant aux cellules, celles des tubes contournés sont troubles, jaunâtres et chargées de granulations granulo-graisseuses; leurs noyaux sont encore distincts et se colorent assez fortement par l'action du carmin.— On peut noter des altérations semblables dans les anses ascendantes, tandis que le revêtement des tubes collecteurs nous a paru entièrement normal. — Rien à l'*utérus*.— Rien à la *vessie*.

Réflexions. — Une femme âgée, dont nous ne connaissons en rien les antécédents, a présenté avec de l'ictère hémaphéique une hémiplégie droite et est morte dans le coma. En l'absenee de tout renseignement, les urines étant normales, les artères athéromateuses, il était naturel de croire à une hémorrhagie cérébrale. Or, nous n'avons trouvé à l'autopsie, avec des hémorrhagies sous-séreuses multiples et une hémorrhagie intestinale abondante, rien autre chose qu'une aorte très athéromateuse, ulcérée au niveau des plaques d'athérome.

Sans nous arrêter aux diverses hypothèses, insoutenables d'ailleurs, d'atrophie jaune aiguë du foie, d'empoisonnement par le phosphore, de communication de l'aorte et du tube digestif, il est difficile d'émettre un autre diagnostic que celui d'endoartérite ulcéreuse, avec embolies capillaires multiples déterminant des symptômes généraux d'infection. Ces embolies capillaires sont une simple supposition, puisque l'existence n'en a pas été vérifiée, et que, d'autre part, il est surprenant qu'on ne trouve aucun infarctus du foie, de la rate ou des reins. Mais si les lésions notées sur l'aorte avaient été rencontrées dans le cœur, on n'aurait pas hésité à diagnostiquer une endocardite infectieuse. Dans ces conditions, pourquoi ne pas attribuer, à défaut de meilleure explication, les accidents d'empoisonnement du sang avec hémorrhagies capillaires, à l'évacuation de la poussière athéromateuse dans le courant sanguin.

L'hémiplégie peut être due à l'arrêt localisé de circulation dans l'écorce cérébrale, le temps ayant manqué pour la constitution, avant la mort, d'altérations reconnaissables à l'autopsie.

Quant à l'hémorrhagie remplissant le tube digestif, on l'a souvent constatée dans les cas d'obstruction des artères mésentériques, ce qui vient encore à l'appui de notre manière de voir, bien que nous n'ayons pas trouvé d'embolie plus de ce côté qu'ailleurs.

Il se peut encore que la malade ait succombé à des accidents typhoïdes dont la cause et les lésions nous échappent, cette malade étant par hasard athéromateuse, sans qu'il faille de toute nécessité établir un lien entre son athérome et les accidents mortels.

M. Cornil admet difficilement l'idée d'une maladie infectieuse due à l'épanchement dans le sang de foyers athéromateux.

M. Balzer a vu un cas semblable dans le service de M. Empis. Après des douleurs abdominales très violentes, sans evacuation, on trouve l'intestin rempli de sang. Rien n'indiquait l'existence d'embolies mésentériques.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 10 *juillet* 1885. — Présidence de M. Vidal.

M. Féréol montre à la Société la jeune femme atteinte de perforation de la voûte palatine, dont il a été question dans les précédentes séances. La cicatrisation est en bonne voie ; ce succès fait honneur à la thérapeutique (iodure de potassium et frictions mercurielles). Par la même occasion, M Féréol présente un malade atteint d'arthropathie du coude gauche. Cette manifestation qui rappelle les arthropathies tabétiques par quelques-uns de ses caractères, n'est pourtant pas sous la dépendanee de l'ataxie locomotrice. L'affection médullaire dont ce malade est atteint coïncide avec l'exagération des réflexes ; M. Féréol pense à la sclérose en plaques.

M. Martineau offre un ouvrage dont il est l'auteur, sur la *prostitution clandestine*.

M. Guyot présente une malade atteinte de tumeur de la cuisse.

M. Dieulafoy lit un mémoire sur la *folie brightique*; cette urémie délirante présente des formes multiples déjà connues et décrites. Mais M. Dieulafoy a poussé très loin

l'étude de ces formes d'urémie et le tableau qu'il en fait est très saisissant. Il est des cas dans lesquels il n'y a pas d'œdème, quelquefois pas d'albuminurie, la *folie brightique* restant la seule manifestation de la maladie des reins. De tels malades ont pu donner lieu à des erreurs graves au point de vue médico-légal. C'est le côté original et intéressant de ce mémoire.

M. Féré dit qu'il ne ressort pas des observations de M. Dieulafoy qu'il existe une forme de folie qu'on puisse appeler *folie brightique*; à propos du mal de Bright, chez des individus prédisposés, il existe des formes délirantes et vésaniques, mais il n'y a pas une *folie brightique*.

M. Dieulafoy dit qu'il admet les prédispositions cérébrales de ses malades, quoiqu'il ne les ait pas toujours trouvées. Au fond il est d'accord avec M. Féré.

M. Ferrand dit qu'il a dans son service une malade rentrant dans le cadre des observations de M. Dieulafoy.

M. Dujardin-Beaumetz présente des pièces de cancer de l'estomac. J. C.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 15 juillet 1885. — Présidence de M. Horteloup.

M. Monod fait un rapport sur les *calculs enchatonnés de la vessie*, à propos d'une observation adressée à la Société par M. Maréchal, qui fut obligé d'avoir recours à la taille hypogastrique et n'eut qu'à s'en féliciter. Deux observations analogues ont été recueillies l'une par M. Pousson dans le service de M. Guyon, l'autre par M. Monod. L'enchatonnement des calculs n'est donc pas aussi rare qu'on le croyait encore il y a peu d'années.

Le rapport de M. Monod est une véritable monographie très complète, dans laquelle tous les points de la question et particulièrement le traitement (taille hypogastrique) sont étudiés et décrits avec son soin, et sa science.

M. Desprès critique d'abord le traitement de M. Maréchal; il critique ensuite le rapport de M. Monod dans lequel on trouve sous la rubrique « *calculs enchatonnés* des observations dans lesquelles il n'est rien moins question que de calculs enchatonnés, mais bien de calculs prostatiques ou de la région prostatique de l'urèthre. Il rapporte une belle observation de calcul mural à mamelons extrêmement saillants, pour lequel il a eu recours à la taille hypogastrique. Enfin, M. Desprès proclame la supériorité de la taille hypogastrique, pour laquelle il n'est besoin ni de ballon de Petersen, ni d'injection vésicale. Au dire de M. Desprès, ces précautions pré-opératoires, loin de faciliter l'opération, peuvent la rendre impossible.

M. Polaillon a eu à traiter un calcul enchatonné contre lequel la lithotritie avait été en vain essayée ; il a commencé la taille hypogastrique après avoir introduit le ballon de Petersen, et fait une injection dans la vessie, mais il n'a pu achever cette opération parce que le cul-de-sac péritonéal descendait au ras du pubis ; il a dû refermer l'incision.

M. Desprès attribue l'insuccès au ballon de Petersen et à l'injection vésicale.

M. Monod rétablit la légitimité des observations contestées par M. Desprès et démontre sans peine que la pierre, dans laquelle M. Desprès voit un calcul prostatique, est si peu *prostatique* qu'elle présente en creux le moule de la face postérieure de la prostate, et qu'elle renferme la bougie qui avait été égarée dans la vessie. Il ne croit pas nécessaire d'insister sur les avantages du ballonnement rectal et de l'injection vésicale, universellement adoptés, et dont le premier résultat est de mettre le péritoine à l'abri de toute lésion.

M. Desprès persiste à croire et tente de démontrer que le cul-de-sac péritonéal est dévié et plutôt rapproché qu'éloigné du pubis par le ballonnement et l'injection. « Il n'est pas nécessaire de repousser le cul-de-sac péritonéal, il vaut mieux chercher à le voir, pour être sûr de l'éviter. »

Cependant, les conclusions du rapport de M. Monod sont adoptées à l'unanimité moins une voix.

M. Bédouin lit une note *sur un nouveau pansement antiseptique* : le papier non collé servant d'excipient à une substance antiseptique; gutta-percha laminée et bandes de caoutchouc.

M. Terrier présente une gouttière destinée à recevoir les membres soumis à l'extension continue. P. Poirier.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

I. Traité de matière médicale; par J.-B. Fonssagrives, ancien professeur à la Faculté de Montpellier. — Paris, 1885. — A. Delahaye et Lecrosnier, éditeurs.

II L'Erytroxylon coca; par le Dr A. Feigneaux. — Bruxelles, 1885. — H. Lamertin, éditeur.

III. Les voyages en mer et les poitrinaires; par le Dr Thaon. — Paris, 1884. — Librairie O. Berthier.

IV. Contribution à l'étude des iodiques; par le Dr L. Duchesne. — Abbeville, 1885. — Imprimerie Paillart.

V. Les remèdes dits spécifiques sont des agents anti-zymasiques; par le Dr Pécholier. — Montpellier, 1885. C. Coulet, éditeur.

VI. Notice sur l'alvelas; par M. Midy.

VII. Contribution à l'étude de la terpine et du terpinol; par le Dr G. Guelpa.

I. Cet ouvrage, de près de 1200 pages, est le complément, pour ainsi dire, des deux traités de *thérapeutique appliquée* et de *thérapeutique générale* que le professeur de Montpellier avait déjà fait paraître il y a quelques années. Ce livre, sorte d'inventaire raisonné des ressources dont la matière médicale dispose à notre époque, est conçu sur un plan classique et dans un ordre très rationnel : la première partie comprend la *pharmacologie dynamique*, mouvement, repos, calorique, électricité, lumière, aimant, métallothérapie, braidisme, etc.; dans la seconde partie est étudiée la *pharmacologie minérale* ; puis vient la *pharmacologie végétale*, et enfin, dans une quatrième et dernière partie sont groupés les médicaments *zoologiques*.

Prise individuellement, chaque substance médicamenteuse y est minutieusement décrite (pharmacographie); vient ensuite la physiologie : c'est-à-dire le mode suivant lequel elle réactionne l'économie; enfin sa technique, ou les formes et les doses suivant lesquelles elle est administrée.

Ajoutons que M. le Dr Tison qui s'est chargé de la publication de cet ouvrage, l'a complété par l'addition des dernières découvertes (cocaïne, etc.) dont la science s'est enrichie depuis la mort de Fonssagrives.

II. Petite brochure dans laquelle sont étudiés l'historique, la physiologie et la thérapeutique de la coca et de la cocaïne. Ceux qui veulent connaître l'exposé complet de la question liront avec profit cet opuscule.

III. Le voyage en mer, recommandé aux poitrinaires, doit se faire d'Europe en Australie, par le cap de Bonne-Espérance. C'est, en effet, la meilleure route à prendre, car le passage dans la mer Rouge, par suite de la température torride qu'il faudrait traverser, pourrait provoquer des hémoptysies. Ce voyage trans-océanique peut se faire par bateau à vapeur, mais il est préférable de l'effectuer en voilier qui présente sur les steamers l'avantage de marcher plus lentement et de préparer le corps à tous les changements de climat qui se suivent sur ce long trajet, puis l'absence de fumée et d'odeurs grasses et nauséabondes. Un bateau à voile parfaitement aménagé pour constituer ce sanatorium ambulant, le *Sobraon*, part tous les ans d'Angleterre au commencement de l'automne, emportant sa cargaison de... poitrinaires, arrive à Melbourne au bout de 9 mois, et reprend la mer après six semaines de mouillage pour ramener ses malades à Londres du 1er au 15 juin.

Pendant tout ce voyage, les poitrinaires sont généralement exempts d'hémoptysie et de mal de mer. Mais pour qu'ils puissent en retirer tous les avantages nécessaires, il faut qu'il y ait chez eux une absence de fièvre complète, que les lésions pulmonaires ne soient pas trop étendues et qu'ils ne soient pas atteints d'ulcérations intestinales ou laryngées.

Les deux résultats les plus précis de cette cure semblent être l'action prophylactique chez les gens prédisposés et l'action reconstituante chez les phtisiques guéris localement, mais qui sont restés faibles ou anémiques. Enfin rien n'empêche cette catégorie de valétudinaires d'alterner les voyages en mer avec l'hibernation dans les montagnes.

IV. M. Duchesne, se basant sur de nombreuses expériences de laboratoire, arrive aux conclusions suivantes, que les iodiques considérés en bloc ne sont ni des accélérateurs ni des modérateurs de la nutrition, puisque les uns peuvent activer la désassimilation de la matière azotée, comme l'iode métallique et l'iodure de potassium; et les autres la ralentir, comme les iodures de sodium et de calcium, par exemple.

La forme sous laquelle on introduit ces agents dans l'économie peut avoir une grande importance suivant les cas, puisqu'en employant l'iode à l'état de métalloïde, ou combiné à la potasse, on obtient des effets analogues quoique d'intensité différente, sur un même produit de la dénutrition tel que l'urée, et des effets opposés sur un autre de ces produits tel que l'acide urique, dont le chiffre diminue sous l'influence de la teinture d'iode. Par conséquent, toutes les fois que l'on voudra exercer une action énergique sur la nutrition, en favorisant les phénomènes de la désassimilation, comme dans les maladies par ralentissement de la nutrition: gravelle, goutte, rhumatisme chronique, etc., on devra recourir à l'iode métallique de préférence à l'iodure de potassium, et ne jamais employer les autres iodures.

V. M. le Dr Pécholier est un défenseur convaincu des idées microbiennes. La plupart des maladies, pour lui, sont des maladies à ferments: peu lui importe le genre de ferment; il existe, il en est sûr, cela lui suffit..... On n'embrasse pas une religion nouvelle avec plus de foi et de conviction; on n'est surtout pas plus coulant pour en accepter les dogmes, sans plus de démonstration.

Partant de ces principes, tous d'induction, le professeur de Montpellier passe en revue les maladies à microbes et les traitements qui lui sont ordinairement appliqués et qui n'agissent, d'après lui, que parce qu'ils sont absolument parasiticides. Nous ne le suivrons pas dans cette énumération, car il faudrait décrire toute la pathologie. Tout est microbe, tout est ferment, tout est parasiticide... Le sulfate de quinine n'agit dans les fièvres éruptives, dans la fièvre typhoïde, dans l'impaludisme, etc., etc., que pour cette raison. Les frictions mercurielles n'ont d'action dans la péritonite puerpérale que parce qu'elle détruisent le vibrion septique; le calomel ne combat la dyssenterie que parce qu'il en tue le microbe. Le soufre et l'arsenic tuent le parasite de toutes les affections cutanées. Un peu plus, M. Pécholier trouverait le microbe de la scrofule: « pour le moment du moins, dit-il, on ne peut le soutenir », mais cela viendra, nous pouvons le lui prédire.....

VI. L'*alvelas* est le suc d'une euphorbiacée qu'on emploie depuis quelque temps dans le traitement du cancer, principalement au Brésil. Le Dr Villoso aurait ainsi détruit plusieurs épithéliomas de la face et de la lèvre, et guéri entièrement des cancroïdes du nez. L'action de ce suc est très irritante et détermine la destruction des tissus morbides qui sont bientôt remplacés par des bourgeons sains. On emploie le suc très concentré de cette plante jusqu'à solidification presque complète, et ensuite additionné de vaseline. L'application sur la plaie doit être faite tous les deux ou trois jours et doit être surveillée de près à cause des hémorrhagies qui peuvent se produire. (*Nouveaux Remèdes.*)

VII. La *terpine* est le produit de la distillation dans le vide et au bain-marie de la térébenthine brute mélangée à du carbonate de potasse et de soude. Ce corps, mélangé à l'eau, a pour formule $C^{10}H^{16}, 2H^2O + H^2O$ (bihydrate de térébenthine). Appliqué à la thérapeutique pour la première fois, par le professeur Lépine, de Lyon, cet agent vient d'être expérimenté par M. Guelpa, dans le laboratoire de l'hôpital Cochin.

Il résulte de ces expériences que la terpine, même à doses très fortes, n'a aucune action sur l'appareil respiratoire, ni sur les fonctions génito-urinaires. Le système nerveux n'est nullement influencé. En somme, ces résultats ne sont en aucun point conformes à ceux qu'avait obtenus M. Lépine.

Le *terpinol* est une huile produite par la distillation de la terpine mélangée à une petite quantité d'acide sulfurique ou chlorhydrique. Ce corps, à l'encontre du précédent, pourrait être utilisé en thérapeutique. M. Guelpa, qui l'a expérimenté au point de vue clinique dans le service de M. Dujardin-Beaumetz, a constaté qu'il est facilement administré en capsules aux malades, qu'il s'élimine rapidement par la voie pulmonaire et qu'il influence favorablement la toux symptomatique de catarrhe pulmonaire. L'air expiré a l'odeur de jacinthe, odeur très prononcée et qui persiste quelquefois plus de 24 heures. (*Bulletin de thérapeutique.*) F. BOTTEY.

BIBLIOGRAPHIE

Ueber statische Reflexkrämpfe; par le Dr ERLENMEYER, de Bendorff. (Leipzig, 1885.)

Les crampes réflexes statiques sont principalement causées par les mouvements de la locomotion; on classera dans ce groupe les crampes saltatoires de Bamberger, on en distraira soigneusement les mouvements vortigineux et les crampes professionnelles. L'auteur étudie ce sujet et joint à quinze observations recueillies dans la littérature, l'observation intéressante et détaillée d'un homme de 28 ans qui, à la suite d'excès de travail, fut atteint d'irritation spinale avec crampes réflexes statiques. Pendant la marche les genoux fléchissaient tout à coup, puis un sautillement suivait la flexion. Deux crampes successives se sont produites, l'une dans les gastro-cnémiens, l'autre dans le triceps fémoral, c'est-à-dire en se propageant dans les groupes musculaires antagonistes. Ici la loi de Pflüger est inexacte et pourtant il s'agit de phénomènes tendineux représentant le réflexe tendineux à son maximum, réflexe patellaire ou autre.

Les crampes réflexes statiques sont un symptôme dont le *siège* est un foyer de cellules nerveuses de la corne antérieure de la moelle, ce qui explique les atrophies musculaires observées dans quelques cas, et la *cause* une prédisposition nerveuse ou l'anémie essentielle et symptomatique. Le pronostic n'est pas défavorable. Les moyens de traitement sont le repos, les courants galvaniques ascendants sur la colonne vertébrale, le bromure, l'extension des muscles contracturés, etc. J. DAGONET.

Zur äusserlichen Anwendung des Höllensteins gegen spinal Irritation; par F. BETZ. (Memorabilien-Heilbronn 1884.)

Pour combattre l'hyperesthésie spinale, l'auteur emploie une solution *alcoolique* de nitrate d'argent au centième, avec laquelle il badigeonne l'endroit douloureux et ses environs, quelquefois même toute l'étendue de la colonne vertébrale. L'avantage d'une telle solution est de bien pénétrer et d'exercer sur les petits vaisseaux et les terminaisons nerveuses une sorte de déshydratation et de coagulation, d'où l'anesthésie locale. Il faut continuer les badigeonnages des semaines et des mois. J. D.

The Gulstonian lectures. On malignant Endocarditis (Leçons sur l'endocardite infectieuse); par W. OSLER. — Extrait du *British medical journal*, mars 1885.

Le Dr Osler qui déjà, au congrès de Londres, avait fait une communication sur l'endocardite ulcéreuse, revient aujourd'hui sur ce sujet dans les *Gulstonian lectures* faites devant le Collège royal des médecins de Londres. Cette étude, qui repose à la fois sur des observations personnelles et sur des recherches bibliographiques étendues, est très complète.

Comme la plupart des médecins de l'heure présente, M. Osler est convaincu de la nature parasitaire de l'endocardite ulcéreuse. Les micrococques qu'il a trouvés rappellent beaucoup par leur forme et par leur disposition ceux que M. Grancher montrait l'année dernière à la Société médicale des hôpitaux de Paris.

CONSEIL MUNICIPAL

Encore la section des enfants de Bicêtre.

A propos d'une discussion relative à une question d'assistance publique, M Després a saisi l'occasion de commettre une nouvelle erreur et de montrer une fois de plus qu'il ne lisait pas les documents dont il dispose.

M. Després. — Lisez le projet de budget pour 1886 et vous verrez une prévision de dépense de 18 millions pour Brévannes. A Bicêtre vous avez déjà dépensé 4 à 5 millions rien que pour un seul service de 100 épileptiques.

M. le Directeur de l'Assistance publique. — Le lit ne coûtera pas plus de 3,000 francs à Bicêtre.

M. Despres. — C'est ce que prévoient vos devis, monsieur le Directeur; mais attendez la fin des travaux, et vous verrez ce que vous demanderont vos architectes.

Ceci se passait à la séance du 8 juillet. A la séance suivante (10 juillet), la question est revenue de nouveau. Voici l'extrait du procès-verbal :

M. Robinet. — Lorsque à la dernière séance, M. Després, au cours de la discussion, a avancé ce fait que, « à Bicêtre, nous avons déjà dépensé 4 à 5 millions rien que pour un seul service de 100 épileptiques » je l'ai interrompu en lui disant :

« Mais vous savez parfaitement que ce que vous dites là est complètement inexact, je vous l'ai déjà démontré, chiffres en main, à plusieurs reprises. »

Je demande que cette interruption figure au procès-verbal.

Si M. Després ne se lasse pas d'avancer des faits qu'il sait être inexacts relativement à l'admirable service créé par notre ancien collègue Bourneville, nous ne nous lasserons pas, de notre côté, de lui rappeler les chiffres.

Les ateliers, les réfectoires, les écoles, ont été faits en prévision d'une population de 400 malades. Deux pavillons sont ouverts depuis trois mois, deux autres fonctionneront à la fin du mois, avec un effectif de 235 enfants. Le tout a coûté 1,560,261 francs, et non 4 à 5 millions, comme l'affirme M. Després, pour 225 enfants et non 100. Non seulement les devis n'ont pas été dépassés, mais le mobilier sera acheté sur le reliquat des bonis de l'adjudication. Beaucoup de nos collègues ont visité la nouvelle section des enfants et ils peuvent témoigner de l'exactitude rigoureuse de tout ce que je viens de dire.

J'ajoute que j'espère que l'Administration nous présentera bientôt un projet de construction de nouveaux pavillons, car un certain nombre d'épileptiques, d'idiots, de paralytiques incurables, sont encore mêlés aux adultes, sans compter ceux qui attendent à l'asile Cabanis (Sainte-Anne).

J'ajoute, Messieurs, que M. Després, en parlant du rapport que j'ai fait en décembre 1884 sur sa proposition, avait déclaré au Conseil que ce rapport était favorable. Je constate qu'il a supprimé ce mot au compte rendu.

M. Després. — Le projet de budget de 1882 portait une somme de trois millions destinée à l'établissement d'un quartier pour les enfants idiots et épileptiques à Bicêtre.

M. Robinet. — Ce n'est pas le projet de budget, mais le compte qu'il faut consulter; ce que vous dites là, ne prouve absolument rien.

M. Marsoulan. — C'est une erreur, et alors même que cette somme figurerait au projet de budget, ce ne serait pas une raison pour que cela ait été voté par le Conseil.

M. Després. — L'année suivante, le projet de budget portait une autre somme de 1,300,000 francs et je rappelle qu'au sujet de ce chiffre, j'eus une discussion avec M. Robinet et je demandai au Conseil de ne pas voter le budget extraordinaire de l'Assistance publique. Cette somme était destinée à compléter les services de Bicêtre. Trois millions et 1,400,000 francs font 4.400,000 francs. Si vous voulez m'en donner le temps, je vous donnerai les preuves matérielles de ce que j'ai avancé.

M. Robinet. — La chose vous est impossible, je vous le répète.

M. Cernesson. — Comme rapporteur général des budgets de 1883 et de 1884, je déclare qu'il n'a été inscrit, dans ces deux années, que deux sommes de 3 millions pour l'ensemble des services de l'Assistance publique.

M. Després. — Les fonds pour le service d'épileptiques de Bicêtre s'élevaient, à eux seuls, à 3 millions.

M. Robinet. — Mais non.

Nous remercions très vivement nos amis MM. Robinet, Marsoulan et Cernesson de leurs témoignages de sympathie. Malheureusement la tâche qu'ils ont entreprise est au-dessus des forces humaines. M. Després ne sait pas lire les rapports, les comptes et les budgets. Jusqu'à ce jour le Conseil n'a voté que 1.560.261 fr., comme l'a dit M. Robinet. Et non seulement les devis n'ont pas été dépassés, mais encore il a été possible, avec les bonis de l'adjudication, de construire deux nouveaux bâtiments de chacun 40 lits et d'acheter la plus grande partie du mobilier. En ce qui concerne l'utilité du nouveau service, nous invitons instamment toutes les personnes qui désirent se former une opinion, à venir le mardi ou le samedi, à 9 heures, à Bicêtre; nous nous ferons un plaisir de les mettre en mesure de s'édifier.

VARIA

La fête de Bicêtre. — Concert et banquet.

Nous empruntons à la *Tribune médicale* du 10 juillet le compte rendu de la fête donnée aux malades de Bicêtre.

« La Fête-Concert du 24 juin à la Salpêtrière, dont nous avons essayé de donner une idée dans notre numéro du 28 du même mois, a eu son pendant, ainsi que nous l'avions annoncé, le samedi 4 juillet, à Bicêtre.

« C'était, cette fois, le tour des enfants, qui peuplent, hélas! en grand nombre, l'établissement de Bicêtre, frappés d'une de ces imperfections cérébrales qui constituent l'idiotie et ses divers degrés, ou atteints du mal caduc.

« Ici, comme à la Salpêtrière, c'est sous l'impulsion et la direction actives, intelligentes et dévouées des frères Lionnet que le Concert a été organisé; presque tous les artistes de l'autre fois ont été fidèles au rendez-vous; et ceux qui ont dû s'excuser, au dernier moment, Fusier, Mme Baretta-Worms et M. Worms, ont été retenus par de sérieux empêchements de service. Mais il y avait, en compensation, et de plus qu'à la première réunion, Mlle Tessandier, et M. Auguez (de l'Opéra).

Ajoutons de suite qu'à Bicêtre un banquet donné par l'Administration réunit, d'ordinaire, après le Concert, les artistes et les invités.

Ceux-ci étaient nombreux et de haute marque, pour la plupart: Citons, entre autres et d'abord, M. Poubelle, préfet de la Seine et Madame Poubelle; M. le secrétaire général de la Préfecture, Bourgeois; M. le directeur-général de l'administration de l'Assistance publique, le Dr E. Peyron faisant, avec sa gracieuseté et son empressement habituels, les honneurs de la fête et de la maison; M Imard, inspecteur-général de l'Administration, un inspecteur-modèle, pour le dire en passant; notre excellent collègue et ami, le docteur Bourneville, médecin de la section des enfants, pour lesquels était organisée la fête, et qui se consacre, depuis quelques années, à l'amélioration morale et physique de ces malheureux infirmes de l'esprit ou du corps, avec toute sa compétence, sa puissante activité, la ténacité indomptable et le dévouement qu'on lui connaît; MM. les Présidents des Conseils municipal et général de Paris, Michelin, et Rousselle, accompagnés des membres de la commission de l'Assistance publique: MM. Robinet, Strauss, Dujarrier, Cattiaux; MM. Félix Voisin, ancien préfet de police et Goupy, membres du conseil de surveillance de l'Assistance publique; M. A. Péphau, l'aimable directeur de l'hospice des Quinze-Vingts, qui ne manque nulle occasion de se renseigner sur les moyens physiques et moraux, d'améliorer le sort des pauvres enfants déshérités dont il a, de son côté, pris charitablement la charge, en fondant l'œuvre de l'Ecole enfantine et des ateliers d'aveugles.

Nous sommes obligé d'en passer, mais nous ne saurions oublier messieurs les internes en médecine, qui, à Bicêtre, en particulier, représentent et personnifient, traditionnellement, la jeunesse et la gaîté françaises, dans toute leur expansion, s'alliant à la pratique des devoirs et du dévouement professionnels: les internes de cette année, nous avons été heureux de le constater, en nous retrempant nous-mêmes dans les meilleurs souvenirs de notre jeunesse professionnelle, sont les dignes continuateurs des glorieuses traditions Bicêtriennes. Mentionnons, enfin, le personnel administratif de l'hospice, et en première ligne, messieurs le directeur et l'économe, qui ont rivalisé de zèle, pour faire à leurs hôtes la meilleure réception possible.

Le concert commençait à 4 heures 1/2 dans la grande salle de gymnastique, très bien décorée pour la circonstance, mais malheureusement un peu trop chaude, en cette saison, ce qui a dû contribuer

aux malaises et même aux attaques, qui se sont produits, en assez grand nombre chez les jeunes épileptiques. Un chœur d'enfants, conduit par le maître de chant, et très bien exécuté a ouvert la fête ; puis H. LIONNET, le charmant *impresario* de circonstance, est venu annoncer le premier morceau du programme, qui allait être improvisé au fur et à mesure, ce qui est, selon nous, un attrait de plus. On a alors entendu successivement Mademoiselle TESSANDIER, dans une poésie un peu triste, mais pleine de sentiment de F. Coppée; Mademoiselle ADHAMAR, dans la fable de Lafontaine, *la belette, le chat et le jeune lapin*, encore mieux dite, si c'est possible, qu'à la Salpêtrière; Madame MASSON, dans un fragment de *Gallia* de Gounod, admirablement chanté, avec accompagnement d'orgue et de piano ; M. AUGUEZ, dans la ballade de l'opéra de *Henri VIII*, dite avec cette ampleur et cette pureté de sons, que l'on connait au sympathique artiste ; MM. CLODIO (des Italiens) et les frères LIONNET, dans un trio, dont la musique est d'A. Lionnet, et les paroles de Maxime Rude, ayant pour titre : « le Noël des enfants, » morceau tout de circonstance, interprété avec un charme indicible ; Mademoiselle GODARD, la jeune violoniste dans un chant tenu, dont l'intitulé nous échappe, rendu avec une délicatesse d'expression, un sentiment, et une pureté qui ont touché à la perfection ; enfin la désopilante Madame RIVIÈRE, et son mari assorti, M. BRUET ont fait s'esclaffer l'assistance avec leurs duos de la *Musette* et de la *Chandelle*.

Après un entr'acte de 20 minutes, les mêmes artistes ont reparu avec des sujets différents, et le même succès, encore plus éclatant, car on ne saurait imaginer, nous l'avons déjà constaté, l'enthousiasme de ces pauvres enfants, dont les applaudissements, et les cris de « bis » ne prennent fin que quand ils ont obtenu satisfaction. Le magnifique trio de Faust, (scène de la prison), a dû être bissé par Madame Masson, MM. Auguez et Clodio ; et Madame Rivière et M. Bruet qui ont clos le concert, ont eu toutes les peines du monde à se soustraire aux exigences toujours renaissantes d'un auditoire insatiable. Aussi combien ces braves artistes ont dû éprouver de satisfaction, en voyant leurs charitables et bienfaisants efforts si bien appréciés et récompensés par tant de plaisir et d'enthousiasme.

Avant le banquet, M. le préfet de la Seine M. le secrétaire général, MM. les membres de la commission municipale, suivis de la plupart des assistants, ont visité les nouveaux pavillons en construction, sous la conduite et la direction de M. Bourneville, qui a fait les honneurs de ce qu'il est permis d'appeler son œuvre, avec la passion qu'il a mise à en faciliter et en hâter la réalisation, montrant et expliquant tous les détails des constructions nouvelles, des appropriations et des améliorations introduites, toutes, d'ailleurs, fort remarquables ; le temps et l'espace nous manquent pour donner aujourd'hui même un aperçu de ces travaux qui transforment complètement ce côté de l asile de Bicêtre et font le plus grand honneur à l'architecte, M. Lesage. Nous nous proposons d'y revenir prochainement.

Puis a eu lieu, dans la grande et nouvelle salle du réfectoire, le dîner, qui réunissait près d'une centaine de convives. Il suffit de rappeler que tous les artistes que nous venions d'applaudir, et que les internes de l'hospice assistaient à ce banquet, pour que l'on se fasse une idée de la franche gaité, qui y a régné du commencement à la fin.

M. le Directeur de l'Assistance publique a porté un toast de remerciements et de félicitations aux organisateurs de la fête, aux artistes, aux membres de la commission municipale, — en termes si bien appropriés et tellement heureux, selon son habitude, du reste, que nous regrettons de ne pouvoir le reproduire textuellement : nous pouvons, du moins, répéter un mot très expressif et justement applaudi, quand, parlant des pauvres enfants infirmes et de leur reconnaissance, il a dit : « Si l'esprit leur fait défaut, ils possèdent le cœur... »

Il appartenait à M. le Président du Conseil de répondre : M Michelin a été fort bien inspiré en proposant de boire aux internes et au personnel servant de l'administration ; il en a profité pour boire à la laïcisation, probablement parce que la laïcisation est de fondation à Bicêtre.

Si nous avions eu qualité pour prendre la parole, nous eussions réparé une double omission : d'abord celle du nom du médecin qui, comme nous le disions plus haut, a tant contribué à l'œuvre d'amélioration qui se poursuit à Bicêtre, le docteur Bourneville ; et ensuite des administrateurs dont la haute sollicitude, celle du Directeur général en tête, préside aux incessants progrès de l'Assistance publique.

« C'est au milieu des éclats de rire, mêlés au pétillement du Champagne, et provoqués à nouveau par la désopilante et endiablée madame Rivière, que s'est terminée cette fête, pour laquelle on s'est donné rendez-vous à l'année prochaine. » J. V. L.

Nous remercions notre ami M. Laborde de l'appréciation si bienveillante de l'œuvre que nous avons poursuivie à Bicêtre et que nous espérons mener à bien grâce à l'appui du Conseil municipal, grâce au concours empressé de MM. Gallois et Imard, grâce enfin à la bonne volonté de M. le Directeur de l'Assistance publique.

Autopsie proprement dite (1).

i) *Examen des circonvolutions cérébrales.* — La pie-mère détachée on fait de suite, surtout si le cerveau ne doit pas être

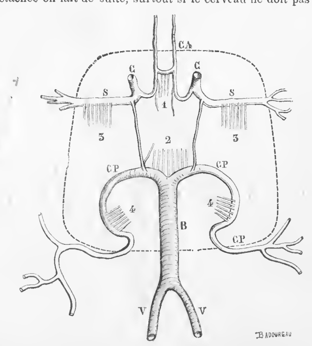


Fig. 13, empruntée aux leçons sur les localisations de Charcot. — Schéma de la circulation artérielle de la base de l'encéphale ; CC, carotides internes ; CA, cérébrale antérieure ; SS, artères de Sylvius ; V V, vertébrales ; B, tronc basilaire ; CP, CP, cérébrales postérieures ; 1, 2, 3, 3, 4, 4, groupes des artères nourricières. La ligne ponctuée ..... circonscrit le cercle ganglionnaire (2).

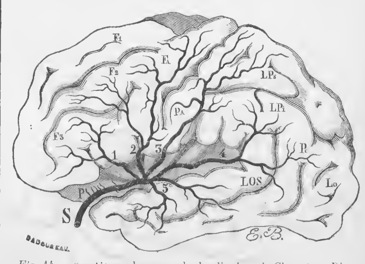


Fig. 14, empruntée aux leçons sur les localisations de Charcot. — Distribution de l'artère sylvienne (fig. demi-schématique) ; S, tronc de l'artère sylvienne qui pénètre dans la scissure de Sylvius et dont les branches divergent entre les circonvolutions de l'insula ; P, branches perforantes destinées aux noyaux gris centraux ; 1, artère de la circonvolution de Broca, ou frontale externe et inférieure ; 2, artère frontale ascendante ; 3, artère pariétale ascendante ; 4 et 5, artères pariéto-sphénoïdale et sphénoïdale ; F^1, F^2, F^3, 1re, 2e et 3e circonvolutions frontales ; Fa, circonvolution frontale ascendante ; LPs, lobule pariétal supérieur ; LPi, lobule pariétal inférieur ; Pc, pli courbe ; Lo, lobe occipital.

(1) Extrait d'un *Manuel de technique d'autopsie* par Bourneville et Bricon. Voir *Progrès médical*, nos 41, 44, 46, 47, 48, 50 et 52 (Année 1884) et nos 3, 4, 5, 7, 11, 12, 13, 25, 26 et 27 (Année 1885).

(2) Nous croyons utile de reproduire ici un certain nombre de figures concernant la circulation et les circonvolutions cérébrales pour faciliter aux élèves la description exacte du siège des altérations rencontrées à l'autopsie.

conservé, la description des différentes circonvolutions sans

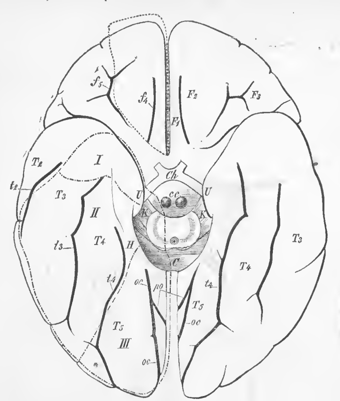


Fig 15, empruntée aux leçons sur les localisations de Charcot. — Territoires vasculaires de la face inférioure du cerveau; F_1, gyrus rectus; F_2. circonvolution frontale moyenno; F_3, circonvolution frontale inférieure; F_4, sulcus olfatorius; F_5, sulcus orbitalis; T_2, deuxième circonvolution temporale ou circonvolution temporale moyenne; T_3, troisième circonvolution temporale ou circonvolution temporale inférieure; T_4, gyrus occipito-temporalis-medialis (lobulus lingualis); t_4, sulcus occipito-temporalis inférieur; t_3, sillon temporal inférieur; t_2, sillon temporal moyen; *po*, fissure pariéto-occipitalis; *oc*, fissura calcarina; II, gyrus hippocampi; U, gyrus concinatus; *Ch*, Chiasma; *cc*, corpora caudicantia; KK, pediculi-cerebis; G, genou du corps calleux; *artères*. La ligne (.. ..) circoncrit la distribution de la cérébrale antérieure (*artères frontales internes et inferieures*). La ligne (. ...) circonscrit la distribution de la cérébrale postérieure; I, artère temporale postérieure; II, artère temporale-postérieure; III, artère occipitale.

oublier celles de l'insula (forme, plis de passage, circonvolu-

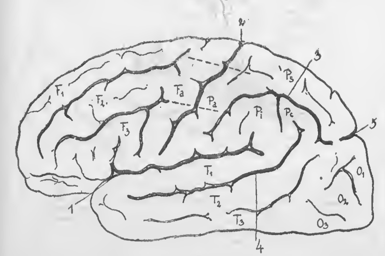


Fig. 16, empruntée aux feuilles d'autopsies de M. Richet. — Face externe. Hémisphère gauche. — 1, scissure de Sylvius; 2, sillon de Rolando; 3, scissure interparietale; 4, scissure parallèle; 5, scissure perpendiculaire externo; F_1, première circonvolution frontale; F_2, deuxième circonvolution frontale; F_3, troisiemo circonvolution frontale; Fa, circonvolution frontale ascendante; Pa, circonvolution pariétale ascendante; Ps, lobule parétal supériour; Pi, lobule pariétal inférieur; Pc, lobule du pli courbe; T_1, première circonvolution temporale; T_2, deuxième circonvolution temperale; T_3, troisieme circonvolution temporale; O_1, premiere circonvolution occipitale; O_2, deuxième circonvolution occipitale: O_3, troisieme circonvolution occipitale. — *Nota*. Deux traits ponctués divisent par tiers les deux circonvolutions ascendantes.

tions supplémentaires, profondeur des sillons, anomalies, porencéphalie, asymétrie, atrophie, anévrysmes miliaires, lésions en foyer). On note la *coloration* (chair de saumon, piqueté et sablé rouges, anémie, œdème, teinte ardoisée, jaune, blanche sclérose atrophique ou hypertrophique), l'*odeur* (alcool, acide)

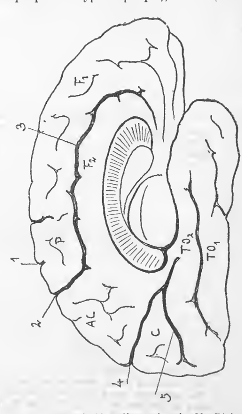


Fig. 17, empruntée aux feuilles d'autopsies de M. Richet. — Face interne. Hémisphère gauche. — 1, sillon de Rolando; 2, scissure fronto-pariétale interne; 3, scissure calloso-marginale; 4, scissure perpendiculaire interne; 5, fissure calcarine; F_1, première circonvolution frontale interne; deuxième circonvolution frontale interne; P, lobule paracentral; AC, lobule quadrilatère ou avant-coin; C, coin, ou lobule occipital interne; TP_2, deuxième circonvolution temporo-occipitale, ou lobule lingual; TO_1, première circonvolution temporo-occipitale ou lobule fusiforme.

cyanhydrique, etc.); la *consistance* (sclérose, diffluence, ramollissement jaune, rouge, blanc, fluctuation.)

On inscrit le *poids total* de l'encéphale qui est quelquefois pris avant l'enlèvement de la pie-mère; on note sa longueur, l'épaisseur et la largeur des hémisphères cérébraux (quelquefois plus courts l'un que l'autre et ne recouvrant qu'incomplètement le cervelet). Les dépressions, kystes, les tumeurs diverses (tubercules agglomérés formant des masses caséeuses, sarcomes, carcinomes, abcès, etc)

Coupes du cerveau. — Ces coupes sont pratiquées au moyen du couteau d'autopsie ordinaire, dont la lame doit être fréquemment plongée dans l'eau pour éviter que la substance cérébrale ne lui adhère.

1° *Procédé de Virchow modifié.* — Les deux faces internes légèrement écartées, le pouce de la main gauche placé dans la grande scissure interhémisphérique et les autres doigts embrassant la face convexe et une partie de la face inférieure de l'hémisphère gauche de façon à le soutenir et à maintenir écartée l'une de l'autre les deux faces internes, mais sans produire de déchirures, on fait au niveau de la scissure calloso-marginale une incision oblique d'avant en arrière, plus rapprochée de la base en avant qu'en arrière où elle se relève et va se terminer sur la partie antérieure de la face convexe du lobe occipital. Le couteau doit être tenu sous un angle de 45°, de façon à ouvrir le ventricule latéral. En avant dans le lobe frontal et en arrière dans le lobe occipital l'incision doit pénétrer assez profondément tandis qu'au niveau de la scissure calloso-marginale elle reste peu profonde.

Avec ce procédé une seule coupe met à jour les cornes antérieure et postérieure et l'entrée de la corne sphénoïdale du

ventricule latéral correspondant. On note la quantité et la nature du liquide contenu dans le ventricule, les dimensions de la cavité, l'état de l'épendyme, etc.

Tournant alors le cerveau de manière à ce que son extrémité antérieure soit dirigée vers l'opérateur, on pratique la même coupe sur l'hémisphère droit, mais en débutant par l'extrémité postérieure, c'est-à-dire que le point de départ de l'incision est alors plus élevé que son extrémité terminale antérieure.

On procède ensuite à l'examen et à l'enlèvement du *corps calleux* et du *trigone* (1). Après avoir replacé le cerveau dans la situation normale, de la main gauche en saisissant la cloison et en la soulevant, le couteau est introduit par le trou de Monro, dirigé en avant et en haut pour sectionner le corps calleux vers son extrémité antérieure; puis, saisissant de la main gauche le lambeau antérieur ainsi obtenu on le rabat en arrière et l'on enlève le corps calleux et le trigone.

On examine alors l'état des *plexus choroïdes* et de la *boîte choroïdienne* que l'on détache de la *glande pinéale* (hypertrophie, concrétions calcaires centrales) et que l'on enlève (kystes, tumeurs), puis après examen du troisième ventricule, on fait entre les tubercules quadrijumeaux et sur le vernis supérieur du cervelet une longue section perpendiculaire allant de la glande pinéale à l'extrémité postérieure du cervelet, cette incision ouvre l'aqueduc de Sylvius, dans toute son étendue et met à jour le quatrième ventricule. Revenant alors aux hémisphères, on place le couteau sur le corps strié gauche, puis sur le droit au niveau du fond de la première coupe effectuée que l'on continue vers la base, mais alors perpendiculairement et non obliquement. et sans détacher tout à fait les hémisphères.

Pour achever l'examen de la couronne rayonnante le couteau est posé à plat au fond de la grande coupe; l'on incise horizontalement en se dirigeant vers les circonvolutions et en arrêtant la section à une petite distance de la périphérie des circonvolutions; l'on fait successivement un certain nombre de coupes analogues jusqu'à complet déroulement de la substance des hémisphères. Enfin, s'il en est besoin, sur chacune de ces coupes on fait d'autres coupes longitudinales et verticales.

Il reste à faire sur les *masses centrales* quelques coupes verticales et transversales assez rapprochées comprenant, le *corps strié* et la *couche optique* de chaque côté et permettant ainsi de comparer les parties similaires (2) (petites cavités, lacunes, avec ou sans liquide, cicatrices ocrées, etc).

Chaque moitié du cervelet est sectionnée d'abord par une coupe horizontale les séparant en partie supérieure et partie inférieure, puis divisé incomplètement par un grand nombre de coupes radiées partant de l'extrémité externe et supérieure de la coupe centrale de chaque hémisphère cérébelleux Les altérations du cervelet ne diffèrent guère de celles du cerveau; il faudra s'attacher à bien désigner leur *siège* afin de pouvoir séparer les symptômes que les lésions découvertes peuvent avoir produites, de ceux qui sont dus à la compression de la protubérance ou du bulbe.

La *protubérance* et le *bulbe* sont divisés par des coupes transversales plus ou moins rapprochées selon qu'un examen histologique doit suivre.

Il faut se rappeler que pour le cerveau les coupes doivent être aussi rapprochées que possible, pour éviter de laisser échapper une lésion qui, quoique très circonscrite peut avoir donné lieu à des troubles plus ou moins graves durant la vie.

Aucune des méthodes employées pour l'examen du cerveau ne satisfait complètement à cette condition, mais celle qui se rapproche le plus de cet idéal nous paraît être la méthode que nous venons de décrire. Elle n'est toutefois pas applicable dans un certain nombre de cas, où on doit lui préférer une toute autre méthode. Son application la mieux indiquée est dans l'examen ordinaire de cerveaux frais et dont la substance est assez ferme. Elle présente l'avantage que toutes les coupes ayant été faites de dedans en dehors et, sans avoir séparé en totalité la substance corticale, de pouvoir reconstituer la forme du cerveau en les repliant les unes sur les autres, et en formant ainsi une sorte de livre dont, suivant la comparaison de Virchow, il est possible de tourner facilement les feuillets, que l'on peut feuilleter et fermer à volonté. Elle est toutefois inférieure à la *méthode* de Pitres (voir plus loin), s'il s'agit de déterminer d'une façon précise la localisation exacte des lésions, surtout de celles qui siègent dans la substance médullaire. (*A suivre.*)

(1) Le corps calleux, mais surtout le trigone, sont parfois complètement ramollis, ramollissement dû à l'inbibition, principalement dans les cas d'hydrocéphalie, ou encore à l'irruption de grands foyers hémorrhagiques. Ce phénomène se rencontre du reste fréquemment sur les cadavres dont la décomposition est déjà avancée.

(2) Nous préférons ces coupes perpendiculaires et transversales aux coupes radiées (partant du pédoncule) pratiquées par Virchow et d'autres anatomo-pathologistes.

Inauguration de la statue de Pinel.

Le lundi 13 juillet, à dix heures du matin, a eu lieu l'*Inauguration de la statue de Pinel,* que nous avions annoncée. La cérémonie était présidée par le Préfet de la Seine, ayant à ses côtés le Dr Dagonet, président de la Société médico-psychologique, le Préfet de police, le Dr Robinet, vice-président du Conseil municipal, et les deux petits-fils de Pinel, M. Honoré Pinel, journaliste, et le Dr Ph.-C. Pinel.

M. le Dr Dagonet prend le premier la parole, au nom de la Société médico-psychologique, pour offrir la statue à la ville de Paris. M. Robinet, après avoir remercié, au nom du Conseil municipal et de la ville de Paris, parle de l'affranchissement des aliénés et des titres de Pinel à la reconnaissance de l'humanité. M. Poubelle, parlant dans le même sens, rappelle le nom du surveillant Pussin qui, du témoignage de Pinel, le seconda de la manière la plus intelligente dans l'accomplissement de son œuvre. Après le discours de M. Legrand du Saulle qui expose les voies et moyens employés par le Comité de la souscription, M. Ritti a prononcé un *Eloge* remarquable de Ph. Pinel. Enfin, M. Pichon, conseiller municipal, remercie la Société d'avoir fait coïncider l'inauguration de la statue du grand philantrope avec la fête nationale et met en relief le rôle de Pinel au point de vue social. — Après la cérémonie, la Société a offert un lunch à ses nombreux invités dans les salles de consultation de la Salpêtrière.

Le choléra en Espagne.

Nous donnerons seulement, dans le tableau suivant, les renseignements incomplets qui nous sont parvenus.

	9 JUILLET.		11 JUILLET.		12 JUILLET.		13 JUILLET.		14 JUILLET.	
PROVINCES :	*Cas.*	*Décès.*	*Cas.*	*Décès,*	*Cas.*	*Décès.*	*Cas.*	*Décès.*	*Cas.*	*Décès.*
Valence	822	414	694	317	534	296	331	176	649	299
Alicante	138	67	139	63	113	51	152	57	361	88
Sarragosse . . .	128	36	99	33	»	»	162	27	140	44
Castellon.	114	50	146	22	64	50	83	41	»	»
Tarragone	»	»	59	24	44	13	»	»	92	58
Cuenca.	11	2	51	12	»	»	53	23	87	27
Teruel	7	5	»	»	19	5	»	»	11	6
Tolède	»	»	77	26	64	24	50	33	53	18
Murcie	151	55	236	89	251	109	221	102	260	103
Carthagène. . . .	24	17	19	9	»	»	»	»	»	»
VILLES :										
Madrid	5	4	5	4	9	6	6	3	6	4
Aranjuez	50	60	11	19	19	7	»	»	8	15

Le professeur Æby.

M. Æby, dont nous avons annoncé la mort dans notre dernier numéro, était né le 25 février 1835, à Phalsbourg. Reçu docteur à Bâle en 1858, il fut nommé en 1863 professeur extraordinaire à la Faculté de Bâle, puis dans le courant de la même année professeur ordinaire d'anatomie à Berne, il y resta jusqu'à l'année dernière, où il fut appelé à Prague. Ses principaux travaux sont : *Eine neue Methode zur Bestimmung der Schädelform von Menschen und Säugethieren* (Braunschweig gr. 4, mit 8 Taf). — *Bemerkungen über die Bildung des Schädels und der Extremitäten im Menschengeschlecht*, 1865. — *Ueber den feineren Bau der Blutcapillären*, 1867. — *Ueber die Reizung der quergestreiften Mushelfasern durch Kettenströme*, 1871. — *Ueber den Grund der Unveränderlichkeit der organischen Knochensubstanz, sowie über deren normale und abnorme Leisammensetzung* ; 1872-74. *Ueber die chemische Zusammensetzung der Knochen, resp. die Structur der Spongiosa*, 1875- — *Ueber Gelenk und Luftdruck sowie über die Sesambeim der menschlichen Hand*, 1876;— *Ueber den Einfluss des Winterschlafes auf die Zusammensetzung der verschiedenen Organe des Körpers, etc.*

L'Année médicale (1).

La librairie Plon met en vente le septième volume de l'*Année médicale* (1884). Cette excellente publication, dirigée par M. le Dr Bourneville, rédacteur en chef du *Progrès médical*, avec la collaboration de nos plus éminents praticiens, résume les progrès réalisés pendant l'année, par les sciences médicales.

Anatomie, physiologie, médecine, chirurgie, obstétrique, gynécologie, thérapeutique, hygiène y sont passées en revue avec beaucoup de soin. Le chapitre consacré à la pathologie générale y a pris surtout cette année un grand développement. Les recherches de bactériologie ont, en effet, donné lieu à de nombreux travaux, qu'on trouve là résumés dans toutes leurs parties vraiment nouvelles. (*Union médicale du Nord-Est*. N° 6. 1885.)

Thèses soutenues à la Faculté de Médecine.

Jeudi 23. — M. Vignes. Du sublimé en chirurgie.— M. Garin. Sur un cas de diabète azoturique. — M. Coumailleau. Etude sur le mouvement de la population en France. — M. Boehler. Etude critique sur l'angine de Ludwig. — M. G. Pichon. L'Epilepsie dans ses rapports avec les fonctions visuelles. — M. Viron. Contribution à l'étude physiologique et toxicologique de quelques préparations chromées. — M. Romiszowski-Devoucoux. Des récidives de la fièvre typhoïde. — M. Callais. De l'utilité des révulsions dans les affections aiguës de la moelle. — M. Wœhling L'avortement dans ses rapports avec la dépopulation de la France. — M. Zouiovitch. De la thyroïdite aiguë rhumatismale. — M. Bernard. Contribution à l'étude des paralysies dans l'urémie. — M. Arthaud. Etude sur le testicule sénile. — *Vendredi* 24. — M. Rouillon. De la réfrigération par le chlorure de méthyle. — M. Peut. Etude sur les kystes hématiques du corps thyroïde. — M. Chevy. De l'acide fluorhydrique et de son emploi en thérapeutique. — M. Peugniez. De l'hystérie chez les enfants. — M. Gascard. La syphilis placentaire.

INSTRUMENTS ET APPAREILS

Ophthalmoscope à verres cylindriques du Dr Parent (2).

L'instrument présenté n'est qu'une modification de ceux qui ont été antérieurement construits depuis 1880 (3). Ce nouveau modèle (4) contient, comme les précédents, trois disques superposés : un premier pour les verres sphériques concaves ; un second pour les verres sphériques convexes ; un troisième pour les verres cylindriques, ce dernier disque pouvant s'orienter dans toutes les direction, et l'axe des cylindres parcourir les 360° du cercle.

Il en diffère par les points suivants ; Il est beaucoup moins lourd ; la construction en est plus élégante. Tous les verres ont sept millimètres de diamètre. Le premier disque contient les verres sphériques concaves 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 Dioptries et le verre sphérique convexe 10 Dioptries qui se combine avec les verres convexes du second disque. — Le second disque contient les verres sphérique convexes 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8. 10 Dioptries et le verre sphérique concave 10 D., qui se combine avec les verres concaves du premier disque. L'*excursion* de l'instrument est donc de + 20 D. et de — 20 D. — Le troisième disque contient des verres cylindriques concaves 1, 2, 3, 4, 5, 6 et 7 D.

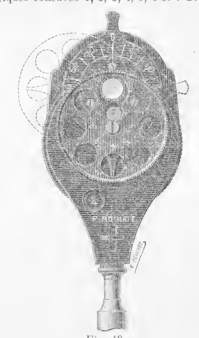


Fig. 18.

La trousse renferme en outre une lentille de 15 D., et un miroir de 25 centimètres de foyer pour examiner à l'image renversée. Enfin, pour examiner à l'image droite, deux petits miroirs inclinés l'un plan et l'autre concave de 8 centimètres de foyer.

Nous ne reviendrons pas sur les principes et le maniement de l'ophthalmoscope en question. Ils ont été largement exposés l'an dernier dans le *Progrès*. Mais, en présence du silence que plusieurs auteurs français et étrangers gardent à l'égard de ces recherches, nous ne pouvons nous empêcher de revendiquer pour notre confrère la priorité de l'invention considérée en tant qu'instrument utilisable à un diagnostic fructueux. Nous possédons des documents venant à l'appui d'une telle assertion. P. K.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 5 juillet au samedi 11 juillet 1885, les naissances ont été au nombre de 1101, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 425; illégitimes, 140. Total, 565. — *Sexe féminin* : légitimes, 278 ; illégitimes, 158. Total, 536.

MORTALITÉ A PARIS.— Population d'après le recensement de 1881; 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 5 juillet au samedi 11 juillet 1885, les décès ont été au nombre de 842, savoir : 456 hommes et 386 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes. Fièvre typhoïde : M. 14, F. 13. T. 27. Variole : M. 2 F, 3 T. 5. — Rougeole M. 11, F. 14, T. 25. — Scarlatine : M. 1 F. 3 T. 4. — Coqueluche : M. 3, F. 3. T. 6. — Diphthérie, Croup. M. 11 F. 9, T. 20. — Dyssenterie : M 0, F. 0, T. 0.— Erysipèle : M. 1, F. 2, T. 3. — Infections puerpérales : 3 - Autres affections épidémiques : M. ., F. ., T. .. — Méningite tuberculeuse et aiguë : M. 15 F. 12, T. 27.— Phthisie pulmonaire : M. 109, F. 59 T. 168. — Autres tuberculoses : M. 11, F. 7. T. 18. — Autres affections générales : M. 30, F 33 T. 63.— Malformations et débilité des âges extrêmes : M. 20, F. 21, T. 41. — Bronchite aiguë : M. 9 F. 7, T. 16. — Pneumonie : M. 30, F. 26, T 56 — Athrepsie : M. 23, F. 49. T. 72. — Autres maladies des divers appareils : M. 130 F. 110, T. 240. — Après traumatisme : M. ., F. ., T. .. — Morts violentes : M. 26, F. 7. T. 33.— Causes non classées M 10, F. 5, T. 15.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 78 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 33 ; illégitimes, 13. Total : 46. — *Sexe féminin* : légitimes, 22 ; illégitimes, 10. Total : 32.

CONCOURS DU BUREAU CENTRAL (*Médecine*). — Questions de pathologie traitées par les candidats : *Paralysies alcooliques, Paralysie pseudo-hypertrophique, Sclérodermie, Vertige de Ménière.* — Autres questions mises dans l'urne : Coma diabétique, étiologie et pathogénie des affections du cœur droit, asthme cardiaque, complications laryngées de la fièvre typhoïde, purpura, laryngites chroniques, complications cérébrales de la fièvre typhoïde, périhépatite. — Candidats conservés pour la 3e épreuve : MM. Comby, Chantemesse, Petit, Gaucher, Bourcy, Robert, Dreyfous, Juhel-Rénoy, Duplaix, Hirtz (E.), Martin, Galliard.

(1) Un vol. in-12, chez Plon et aux bureaux du *Progrès médical*. Prix : 4 fr.

(2) *Congrès d'Ophthalmologie de* 1885.

(3) Voir *Progrès médical*, t. XII, p. 262.

(4) Construit par Roulot, 58, quai des Orfèvres.

CONCOURS DU CLINICAT. *Chirurgie.* — Les candidats sont : MM. Guinard, Jullien, Ménard et Ozenne ; — *Médecine* : MM. Capitan, Chéron, Dupleix, Gallois, Martinet et Siredey ; — *Maladies du système nerveux :* M. Babinsky. — Question donnée pour l'épreuve de médecine opératoire du clinicat chirurgical : *Désarticulation de l'épaule.*

CONCOURS DU BUREAU CENTRAL. *Médecine.* — Candidats admis à subir la troisième épreuve : MM. Bourcy, Chantemesse, Comby, Dreyfous, Dupleix, Galliard, Gaucher, Hirtz (Edg.), Jubel-Rénoy, Martin, Petit et Robert.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX. — *Concours pour le prix Godard des docteurs stagiaires de la Faculté de Bordeaux.* — Ce prix d'une valeur de 2,000 fr., est destiné à faciliter soit le voyage à Paris que nécessite actuellement le concours de l'agrégation, soit un voyage spécial d'études médicales à l'étranger. Le concours sera ouvert à la Faculté de Bordeaux le 26 octobre prochain. Sont admis à concourir tous les candidats qui ont été reçus docteurs en médecine à la Faculté depuis le 2 novembre 1882. On peut se faire inscrire avant le 15 octobre ; limite extrême, le 16 avant midi.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — Liste de présentation pour la chaire de *clinique chirurgicale*, vacante par la mise à la retraite de M. Courty : MM. TÉDENAT en première ligne, GRYNFELTT en seconde ligne. — Pour la chaire *d'opérations et appareils*, vacante par la mort de M. Bouisson : MM. GRYNFELTT en première ligne, GAYRAUD en seconde ligne.

ECOLE DE MÉDECINE DE NANTES. — Les places d'aide de clinique médicale et chirurgicale, sont transformées en places de chefs de clinique dont les titulaires seront des docteurs en médecine. Les concours s'ouvriront, le premier le lundi 12 octobre, le second le lundi 19 octobre 1885.

EXCURSION GÉOLOGIQUE. — M. Stanislas MEUNIER, aide-naturaliste au muséum d'histoire naturelle fera une excursion géologique publique du 5 au 13 août 1885 dans le massif volcanique de l'Auvergne. Le rendez-vous est à Paris à la gare de Lyon, le mercredi 5 août à 7 heures 1/4 du matin. Une réduction de 50 0/0 sur le prix des places en chemin de fer sera accordée aux personnes qui s'inscriront au laboratoire de géologie avant le 3 août à 4 heures. On trouvera au laboratoire tous les renseignements relatifs à l'excursion et spécialement un programme lithographié donnant le détail de l'itinéraire.

NOMINATION. — M. le Dr Ch. Bovet, par arrêté en date du 18 juin, vient d'être nommé médecin-inspecteur des eaux minérales de Pougues.

LE CAMP DU PAS-DES-LANCIERS. — Le ministre de la guerre a ordonné le licenciement de la division de réserve. L'évacuation a commencé le 15 juillet et les troupes rejoignent leurs garnisons respectives. Le nombre des malades s'est élevé au chiffre total de 1,758.

MISSION SCIENTIFIQUE. — M. le professeur GAETANO-RUMMO, de l'Université de Naples, directeur de la *Medicina contemporanea* et de la *Riforma medica*, vient d'être chargé par le gouvernement italien d'une mission en Espagne pour y poursuivre ses études sur le choléra.

CHOLÉRA. — La nouvelle de l'apparition du choléra dans l'Aude a été démentie officiellement.

EXCURSION BOTANIQUE *aux environs de Nantes, au Croisic et au Pouliguen.* — M. Ed. BUREAU, professeur, fera une excursion botanique, du 1er au 7 août 1885, aux environs de Nantes et sur le bord de l'Océan. — Samedi 1er août. — Départ de Paris (gare d'Orléans), à 9 h. 10 m. du matin ; arrivée à Nantes à 6 h. 23 m. du soir. Dimanche 2 et lundi 3. — Visites au Jardin des Plantes et au Muséum d'histoire naturelle de Nantes. Herborisations sur les bords de la Loire et dans les Marais flottants de l'Erdre. Le 3, à 6 h. 53 m., départ pour le Croisic. Mardi 4, mercredi 5 et jeudi 6. — Herborisations dans la région maritime : sables de Pembron, Côte granitique de Batz, Dunes d'Escoublac, Marais salants du Pouliguen.—Vendredi 7.—Départ du Pouliguen à 5 h. 33 m. du matin. Arrêt de 1 h. 21 m. à Angers. — Arrivée à Paris à 9 h. 4 m. du soir. Pour profiter de la réduction de prix demandée à la Compagnie des chemins de fer de Paris à Orléans, on devra se faire inscrire et verser le prix de la place (43 fr. 10, aller et retour) aux Galeries de botanique du Museum d'histoire naturelle. Les inscriptions seront reçues tous les jours, de midi à 4 heures, jusqu'au 24 juillet inclusivement.

CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE. — M. MARTIN-DUPONT, médecin de 1re classe, a été promu au grade de médecin principal.

NÉCROLOGIE. — Le Dr ETOURNAUD, médecin de la marine, qui vient de succomber à Toulon, aux suites d'une maladie contractée au Tonkin. — Le Dr J. RICHER, mort du choléra à Aranjuez. — On annonce la mort à l'âge de 42 ans du Dr V. BOECK, professeur extraordinaire de pharmacologie à la Faculté de Munich. — Le Dr FEHLING est mort le 1er juillet à Stuttgard, à l'âge de 73 ans ; c'est à lui que nous sommes redevables de la méthode généralement employée pour l'analyse quantitative du sucre. — Le 5 du mois courant le professeur P. VOGT, directeur de la clinique chirurgicale de la Faculté de Greifswald, est mort subitement ; il avait succédé récemment à Hueter. — Il était né le 4 février 1844 à Greifswald ; en 1873 il était nommé professeur extraordinaire de chirurgie. P. Vogt a laissé un ouvrage sur l'orthopédie : *Moderne Orthopädik. I, Mech. Behandlung der Kyphose. Behandlung d. angeb. Klumpfusser*, Stuttgard, 1883.

AVIS AUX ÉTUDIANTS. — Un étudiant sachant le russe et l'allemand s'offre à donner des leçons de l'une ou l'autre de ces langues, ou à faire des traductions. S'adresser aux bureaux du *Progrès*.

VACANCE MÉDICALE. — On demande un jeune docteur pour la ville de Louviers. Pour renseignements, s'adresser à M. Rollet, pharmacien dans cette ville.

ON DEMANDE un jeune docteur dans un beau chef-lieu de canton du département de la *Somme*, à 4 kilomètres du chemin de fer. Subvention communale de 900 fr. Bonne et riche clientèle, assurée pour 10 communes. S'adresser pour renseignements à M. le maire d'Hallencourt (Somme).

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 20. — 5e *de Doctorat* (A. R.) (Charité). — 1re *Série* : MM. Laboulbène, Tarnier, Campenon ; — 2e *Série* : MM. Duplay, Hayem, Kirmisson. — 5e *de Doctorat* (A. R.) (Necker). 1re *Série* : MM. Potain, Le Fort, Richelot ; — 2e *Série* : MM. Guyon, Grancher, Segond — 5e *de Doctorat* (A. R.) (Hôtel-Dieu). 1re *Série* : MM. Vulpian, Lannelongue, Bouilly. — 2e *Série* : MM. Richet, Fournier, Peyrot — 5e *de Doctorat* (N. R., 2e partie) (Pitié). 1re *Série* : MM. Brouardel, Cornil, Debove ; — 2e *Série* : MM. Jaccoud, Landouzy, Quinquaud. — 5e *de Doctorat* (A. R.) (Charité). 1re *Série* : MM. Verneuil, Potain, Ribemont-Dessaignes ; — 2e *Série* : MM. Trélat, Landouzy, Pinard ; — 5e *de Doctorat* (N. R., 2e partie) (Hôtel-Dieu) : MM. Vulpian, Charcot, Joffroy. — 5e *de Doctorat* (A. R.) (Hôtel-Dieu). 1re *Série* : MM. Guyon, Damaschino, Reynier ; — 2e *Série* : MM. Tarnier, Lannelongue, Straus.

13e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. II. N° 30 BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 25 JUILLET 1885.

Le Progrès Médical

CLINIQUE NERVEUSE

Observation d'un cas de maladie de Parkinson (paralysie agitante) causé par l'action du froid humide longtemps prolongée ;

Par A. BOUCHER, médecin-major de 2e classe.

De la statistique de M. Sanders, qui comprend près de dix ans, il résulte que la mortalité moyenne et annuelle par paralysie agitante a été, pendant la période examinée, de 22 (soit 14 pour les hommes et 8 pour les femmes).

Si nous remarquons que, malgré la publicité des travaux de M. Charcot, le nombre des observations de paralysie agitante demeure peu élevé, nous sommes conduit à admettre que cette affection, bien peu commune en France et en Angleterre, est plus rare encore dans le reste de l'Europe. Notre conclusion ne fait du reste que confirmer l'opinion de M. Charcot, qui est porté à penser que la maladie décrite pour la première fois en 1817 par le médecin anglais Parkinson, affecte de préférence la race anglo-saxonne.

La netteté des symptômes présentés par une malade M..., que nous pouvons étudier de près, de concert avec M. Viry, médecin-chef à l'Ecole de St-Cyr, le peu de fréquence de la paralysie agitante, même dans ses pays d'adoption, la proche parenté de M... avec la race anglo-saxonne, la cause de son affection qui, nous le croyons, relève du froid humide dont l'influence, moins fréquente que celle des émotions vives, n'est affirmée que par quelques observations dont la plus nette est celle que cite M. Charcot (1) ; telles sont les raisons qui nous paraissent donner quelque intérêt à l'observation que nous allons rapporter :

Renseignements fournis par le mari, la fille de la malade et la malade elle-même. — Sa *mère*, issue d'une très ancienne famille bretonne, est morte à 57 ans. Douée d'un bon tempérament et d'un caractère facile, elle n'a présenté rien de pathologique, si ce n'est pendant ses trois dernières années ; à la suite du vif chagrin causé par le départ d'un de ses fils pour le service, ses facultés intellectuelles ont été sans cesse s'affaiblissant. Son *père*, breton par ses ascendants connus les plus reculés, cultivateur, très irascible, a joui d'une excellente santé ; il est mort à 59 ans des suites d'un accident.

Douze enfants ont résulté de cette union, neuf sont actuellement en vie, et presque tous bien portants. M... est le deuxième enfant ; de ses cinq frères, l'un est atteint de maux d'estomac ?

M..., née en 1833, a été nourrie par sa mère, réglée sans douleur à 12 ans, mariée à 24, à un employé de S.-C., mère un an après d'une fille, que les maux d'estomac dont elle souffrait l'ont obligée de sevrer à dix mois. A l'âge de 28 ans, elle a eu une fausse couche. M..., qui avait joui jusqu'alors d'une santé parfaite, hormis la période de l'allaitement de son enfant et la durée de son accident de gestation, a dû garder le lit cinq mois, et la chambre trois mois pour une sciatique à gauche. Elle attribue l'origine de cette névralgie à l'humidité extrême du logement qu'elle habitait depuis 1859, époque de son mariage. Ce logement, qui a été amélioré, est réputé à S.-C. pour son insalubrité. Il se composait de deux pièces au rez-de-chaussée et de deux chambres au premier étage d'une maison qui, située à 14 mètres en contre-bas d'un jardin, était d'une défectuosité telle, que l'eau suintait des murs tous salpêtrés, et que depuis trente ans, elle s'est effondrée deux fois. M..., a toujours été très nerveuse, très colérique ; à l'époque de la ménopause, survenue en novembre 1883, elle a dû garder le lit pendant quelques jours pour des symptômes congestionnels qui nous semblent sans importance dans l'espèce. Jamais elle n'a souffert de rhumatismes articulaires. Pas de syphilis. Sa fille unique a une excellente santé. Depuis 1867, M... occupe un logement dont les chambres sont naturellement saines, mais qui avait l'inconvénient grave d'obliger M... de laver son linge dans un corridor très humide, où règne un courant d'air incessant. M... poussait l'amour des lavages à un degré tout à fait inaccoutumé. Elle s'adonnait, malgré les instances de sa famille, avec tant de minutie à cette occupation que, bien qu'elle blanchît uniquement pour son ménage, tous les deux jours au moins, hiver comme été, légèrement vêtue, exposée à un courant d'air souvent glacial, elle passait sous la voûte d'un couloir plusieurs heures à laver. Ce n'est pas tout, elle blanchissait aussi du linge chez elle ; et une fois par semaine, elle inondait d'eau le plancher de son appartement. Cédant enfin aux conseils de son médecin, aux prières des siens, aux remontrances de son propriétaire, que ses lavages de toute sorte, poussés à outrance, inquiétaient, elle renonça, en 1879, au blanchissage de son linge, mais persista jusqu'en janvier 1883, à submerger son plancher, et à faire dans tous les soins de son ménage un usage abusif de l'eau. A la suite de l'hiver 1882-1883, qui a été accompagné de pluies souvent violentes, M... a constaté avec ses parents qu'elle tremblait de tout le côté droit du corps, particulièrement du membre supérieur qui avait été le plus exposé au froid pendant ses lavages.

Presque en même temps, le côté gauche se prit, mais à un degré relativement si faible que, actuellement encore, la malade n'accuse pas spontanément le tremblement de ce côté, et répond quand on lui en parle : « que ce n'est guère la peine d'en causer. » Le symptôme tremblement n'a été précédé d'aucune agitation convulsive, d'aucun autre phénomène.

Rapidement le tremblement augmenta ; bientôt apparut dans la nuque, les reins, le tronc et les quatre membres, une sensation de pesanteur extrêmement douloureuse, et une raideur qui s'opposa à toute espèce de mouvements étendus. En même temps le cou et le corps s'infléchirent, la tête devint plus particulièrement le siège d'une douleur cruelle, non localisée.

Malgré un traitement par le bromure de potassium et les douches, les symptômes s'aggravèrent assez pour que, depuis le mois d'août 1884, M... n'ose plus sortir de sa maison dans la crainte que l'habitude extérieure de son corps ne provoque l'hilarité. Depuis cette époque, la sensation de gêne, de lourdeur, de faiblesse dans la tête, la nuque, le tronc et les membres ne cessèrent de subir une augmentation considérable, dont la continuité fut troublée par des exacerbations cruelles. M... qui, auparavant, depuis le début de sa maladie, levée de 5 heures du matin à 8 heures du soir, passait ses journées presque tout entières à marcher dans sa maison, à descendre un escalier, aime mieux rester debout que marcher.

On la couche de 8 heures du soir à 9 heures du matin, et quelquefois encore dans le courant de la journée. Ses souffrances atteignirent parfois un degré d'acuité tel, qu'elles la jetèrent dans une perturbation assez violente pour qu'elle suppliât qu'on la « détruisît. »

C'est à ce moment que nous observons la malade.

Examen de la malade debout. — Dans la station verticale, l'attitude de la malade est typique ; la tête demi-fléchie regarde en avant, le tronc est incurvé en avant, les cuisses sont légèrement fléchies sur le bassin, les genoux se touchent dans leur partie interne.

(1) Charcot. *Leçons sur les maladies du système nerveux*, page 163.

Les bras et les coudes sont un peu écartés de la poitrine, les avant-bras en pronation incomplète, sont à demi fléchis sur les bras, les mains en demi-flexion sont déjetées sur le bord cubital; la situation générale des doigts est telle, qu'elle rappelle assez bien la position de la main de l'accoucheur dans la version.

Cette attitude (1) de la malade ne se modifie pas quand elle se met à marcher; elle se porte tout d'une pièce plutôt qu'elle ne se meut; M... a l'air soudé, empalé, pétrifié, qu'elle marche, qu'elle s'assoie, qu'elle soit debout, qu'elle se remette à marcher, ou qu'elle s'arrête, qu'elle parle ou qu'elle se taise, elle conserve toujours la même attitude, la même fixité générale.

Le facies mérite une description détaillée; recouverte d'une peau d'un blanc jaunâtre, la face amaigrie révèle, comme chez D..., dont nous avons publié l observation (2), deux sentiments distincts. Les yeux largement ouverts, saillants et immobiles, l'état d'expansion des traits, des régions oculaires et du front, donnent à la partie supérieure de la tête une expression d'étonnement, tandis que, dans les régions nasale, buccale et mentonnière, le sillon naso-labial étant très accusé, la lèvre inférieure débordant la lèvre supérieure, avec laquelle elle reste en contact, M... a l'air boudeur.

Quelles que soient du reste ses impressions, elle ne l'animent qu'en dedans, car elles ne se peignent jamais dans les traits de son visage, qui demeurent fixés d'une manière immuable dans leur manifestation d'étonnement en haut et de bouderie en bas. Aussi, par sa physionomie, M... semble-t-elle étrangère aux sentiments qui l'animent, et recouverte d'un masque à double expression.

Sa parole elle-même ne fait pas valoir ses idées ou ses sentiments; bien qu'elle n'ait rien d'embarrassé et qu'elle ne soit ni tremblante, ni entrecoupée, par sa lenteur, sa monotonie, son manque d'harmonie avec ses pensées, elle a quelque chose du débit d'un enfant qui récite une fable sans se soucier de l'intonation.

Pas de nystagmus ni de diplopie, les pupilles sont égales et bien contractiles, les mouvements des paupières sont pénibles et lents, les joues peu dépressibles. La mâchoire et la langue ne sont animées d'aucune agitation convulsive. La salive ne s'écoule pas au dehors. La malade se plaint d'avoir la gorge sèche.

M... préfère la position debout à la position assise; l'obligation de la première est assez impérieuse, pour qu'elle passe presque toutes ses journées, désireuse de se distraire, debout, près de la fenêtre de son palier. De temps en temps, elle éprouve un besoin irrésistible de faire quelques pas; la nécessité de ces petites promenades est assez urgente, pour que maintes fois elle nous demande de la laisser faire le tour de sa chambre pour se délasser.

Elle ne présente pas de mouvement de propulsion spontané ou provoqué; mais il existe chez elle de la rétropulsion spontanée et provoquée qui se manifeste plus particulièrement quand elle veut se redresser et toujours quand on lui imprime un mouvement de recul, même des plus légers. La raideur musculaire a atteint chez M... un grand nombre de muscles. Elle est particulièrement accentuée au côté droit du corps, excepté au cou, où elle prédomine à gauche, au tronc. La malade redresse la tête, étend les bras avec difficulté et d'une façon bien incomplète; elle ne peut pas porter la main en arrière, aux épaules. Elle ne peut faire que de petits pas. La lenteur de ses mouvements rappelle la démarche des Tardigrades. Dans la marche, le corps s'incline vers le côté droit, qui se présente toujours en avant. La rigidité des muscles, qui se complique d'une sensation de pesanteur encore plus pénible, a une intensité variable, toujours douloureuse; elle atteint souvent un degré tel, que la malade affolée demande « qu'on la détruise parce que sa tête est remplie de plomb, son corps plongé dans du plomb, cerclé de fer et si serré, qu'elle respire mal et que son ventre touche son dos. »

C'est la raideur des membres, et non les secousses involontaires dont ils sont agités, qui met obstacle à leur usage. La gêne dans les mouvements n'est pas due à la paralysie, comme le reconnaissent la malade et ses parents. Il y a affaiblissement des membres, nous l'avons constaté au dynamomètre; la main droite, qui appartient au côté du corps le plus affecté par le tremblement et la raideur, est aussi le plus faible.

La moyenne de dix explorations, faites à des jours différents, dans le courant du mois de novembre 1884, a été pour la main droite de 15, pour la main gauche 19. (Nous avons employé le dynamomètre Charrière, qui nous avait servi dans l'observation de D... (Force ordinaire d'un adulte, 55). Par son volume, ce dynamomètre est difficile à manier; il l'était beaucoup moins pour M... que pour D..., dont les mouvements de la main et des doigts étaient plus gênés.

Examen de la malade couchée. — La difficulté des mouvements est assez grande pour empêcher la malade de se coucher toute seule et de modifier son décubitus, qui est presque toujours le décubitus latéral droit.

Elle ne peut pas supporter la position couchée sur le dos.

La nuque décrit une courbure très excavée, sa pression provoque une vive douleur. Les mouvements de la tête ont perdu de leur amplitude, ceux d'élévation sont particulièrement douloureux.

L'épaule droite est légèrement plus élevée que la gauche.

Les avant-bras sont fléchis sur les bras, presque à angle droit; les bras sont écartés de la poitrine, les avant-bras sont dans la pronation, les mains étendues reposent dans la région ombilicale.

L'aspect de chacune des mains rappelle l'attitude d'une main qui tiendrait une plume pour écrire (1). Le pouce écarté forme comme une des branches d'une pince dont les quatre autres doigts, accolés et fléchis, constituent l'autre branche. Le pouce ne se meut pas sur les autres doigts. Les mains sont agitées de trois tremblements; d'un tremblement très faible, qui affecte les doigts, et qui est surtout sensible lorsqu'ils sont écartés, — d'une trémulation plus étendue, qui fait décrire aux doigts de petites courbes elliptiques, — d'une grande oscillation du poignet, qu'animent des mouvements successifs de flexion et d'extension. Les mains ne présentent aucune déformation simulant celle du rhumatisme articulaire. L'abdomen offre la disposition dite en bateau à un haut degré. Les jambes sont légèrement fléchies, les genoux serrés l'un contre l'autre, les pieds peu écartés, les quatre orteils externes en griffe. Les pieds sont souvent animés de petits mouvements de haut en bas, qui sont plus étendus à droite.

Les mouvements spontanés d'extension des membres supérieurs, des membres inférieurs et de leurs divers segments sont lents, difficiles et incomplets.

Tout le corps de la malade est ébranlé, pendant l'état de veille seulement, par un tremblement d'intensité fort variable, qu'exagèrent les émotions pénibles, le froid, les efforts; ses secousses sont rapides, étendues, assez régulières. Il prédomine au membre supérieur droit; est bien moins intense au membre opposé, plus léger encore aux membres inférieurs, où il est notablement plus accentué à droite. Les muscles de la nuque, du thorax, de l'abdomen et de la région lombaire offrent au doigt une résistance plus grande qu'à l'état normal. Les grands droits antérieurs de l'abdomen, volumineux, font de vigoureuses saillies qu'accuse encore leur interruption par les intersections aponévrotiques transversales. Pas d'épilepsie spinale. M... perçoit très bien et sans retard la résistance, la forme des corps, la piqûre, le pincement, la torsion, le chatouillement. Elle apprécie avec justesse l'état de contraction ou de relâchement de ses muscles, *mais la sensibilité spéciale à la chaleur* présente chez elle quelques modifications dignes de remarque. Bien que M... se plaigne sans cesse, qu'elle soit levée, assise ou couchée, d'être « dans le feu, dans les flammes de l'enfer », elle peut rester sans éprouver de gêne auprès d'un fourneau, dont le feu non excessif, est cependant assez poussé outre mesure, pour que son voisinage ne puisse être supporté par ceux qui vivent avec elle. M... n'a pas été incommodée par les chaleurs de cet été; sa tête et ses mains, qu'elle exposait nues au soleil, pen-

(1) A. Boucher. *De la maladie de Parkinson, en particulier de la forme fruste.* Thèse de Paris, 1877, p. 54.

(2) A. Boucher. *Loc. cit*, p. 58.

(1) Charcot. *Loc. cit.* (p. 153, *fig.* 6.)

dant de longues heures, par leur teinte brune et basanée, témoignent à un haut degré des effets du hâle. Elle s'habille, dit elle, aussi chaudement en été qu'en hiver, parce qu'elle ne sent pas les différences des saisons. Les couvertures de son lit suffiraient à une personne bien portante, elle les *conserve* toutes sur elle.

Si elle appréhende le plus souvent de se coucher, c'est moins dans la crainte « d'un feu dévorant intérieur, » d'intensité variable, *indépendant de la chaleur extérieure,* « producteur au creux de l'estomac d'un gaz bouillant, qui lui sort par le nez, la bouche et calcine les os de sa tête », que par peur « d'être condamnée à l'immobilité au lit où elle est comme maintenue de vive force, anéantie » dans une position qu'elle ne peut modifier toute seule.

Hors de son lit, elle éprouve quelques soulagements dans la constriction de la tête, « son ventre se creuse moins », mais elle souffre davantage de la lourdeur de sa tête. C'est surtout quand M... est levée qu'il lui semble « que son corps est comme une canne de jonc sur laquelle pèserait une pomme de plomb trop lourde ».

Examen de la malade assise. — Le dos de la malade est incliné en avant, les bras sont écartés du tronc, les avant-bras, dans la demi-rotation en dedans, les mains au niveau de la ceinture gardent le plus souvent la position dans laquelle nous les avons décrites. Parfois les mains se touchent, elles s'élèvent et s'abaissent alors en masse quand la malade tremble, plus rarement les quatre doigts externes sont, de chaque côté, agités de mouvements alternatifs de flexion et d'extension très rapides; il semble que M... se gratte.

Les genoux sont accolés, les pieds parallèles, peu distants, reposant par leur face plantaire sur le sol. Le tremblement de la tête atteint, dans la position assise, son maximum d'intensité; la malade et ses parents ont remarqué depuis longtemps que l'immobilisation des membres supérieurs, et souvent du membre supérieur droit seul modérait les mouvements de l'extrémité céphalique. Nous avons suspendu l'agitation de la tête, en élevant fortement le tronc et les bras.

Le passage de la position assise à la marche nécessite un véritable travail; M... glisse en arrière les avant-bras, embrasse de ses mains les coins antérieurs de sa chaise, s'y appuie fortement et, s'aidant du bout des pieds, se lève avec lenteur, puis se met en marche. Elle ne court pas après son centre de gravité, elle règle à son gré sa marche en avant, l'accélère, la ralentit, ou l'arrête à volonté.

Fonctions digestives. — La malade a sensiblement maigri dès le début de son affection; depuis quelque temps, son état reste stationnaire. L'appétit et la soif ont toujours été bons. M... va régulièrement tous les jours à la garde-robe.

Urines (moyenne de quatre analyses). — La quantité des urines émises dans les vingt-quatre heures est de 1,362. Leur coloration est jaune paille, leur réaction acide; elles ne laissent après le repos aucun sédiment. Densité : 10°,1013. Pas d'albumine, pas de sucre.

Le pouls bat 65 fois par minute. La respiration est bien proportionnée à la circulation : elle se fait 17 fois par minute; elle est donc dans le rapport normal de 1 à 4. Nous n'avons constaté aucune affection pulmonaire ou cardiaque. Les mouvements de la respiration, l'inspiration surtout, sont gênés par la raideur musculaire.

Les *organes des sens* sont intacts.

L'*intelligence* n'a pas varié d'une façon sensible.

Il ne nous parait pas douteux que M... soit atteinte de maladie de Parkinson, elle en présente au complet tout le cortège symptomatique. Le parallèle comparatif des divers états morbides qui, par suite de quelques analogies avec la paralysie agitante, pourraient donner lieu à une confusion, confirmera encore l'exactitude de notre diagnostic. Nous classerons les affections qui offrent des ressemblances avec la paralysie agitante sous deux chefs : A. Affections qui comptent parmi leurs symptômes l'agitation ; B. Affections dans lesquelles on a signalé le facies que présentent même en l'absence de toute agitation, toutes les personnes atteintes de paralysie agitante.

A. *Tremblement sénile.* L'affection de notre malade se différencie déjà par la date de son début, et l'état de M..., à cette époque, d'avec le tremblement sénile qui n'apparaît que chez les vieillards ou les individus débilités, atteints de décrépitude prématurée. Sa marche a été rapide, avec rémission et exacerbation, son envahissement hémiplégique, elle a commencé par les membres supérieurs, et non dans les muscles du cou. M... ne marmotte pas, ne bégaie pas ; tous ces caractères sont absolument opposés à ceux que l'on rencontre chez les personnes atteintes de tremblement sénile. L'extrémité céphalique de M... ne tremble pas par elle-même, ses oscillations rhythmiques lui sont communiquées par le tronc et les bras. Si M... était atteinte de tremblement sénile, la fixation des bras et du tronc ne supprimerait pas l'agitation de la tête, on n'observerait pas non plus chez elle des mouvements des mains, rappelant des mouvements coordonnés.

Dans la *chorée chronique*, la direction générale des mouvements est troublée par des saccades désordonnées, étendues, comparables à des décharges électriques, qui font manquer au malade le but à atteindre. Telle n'est pas l'agitation de M..., qui, de plus, laisse indemnes sa tête et les traits de sa face.

L'affection de notre malade n'est pas une *paralysie générale progressive* exceptionnellement survenue en dehors de l'aliénation mentale, et affectant le développement de la paralysie agitante. M... n'offre pas de paralysie, de troubles de sentiment et d'intelligence, triade symptomatique fatale de la paralysie générale progressive. Son tremblement ne se compose pas de « secousses plus ou moins rapprochées, plus ou moins étendues, affectant des faisceaux isolés de fibres musculaires ou le muscle tout entier, s'exagérant sous l'influence de l'effort volontaire, se transformant sur place, et passant au besoin d'une trémulance imparfaite à la convulsion (1). » M... a en outre un facies caractéristique qui ne se voit jamais chez les malades affectés de paralysie générale progressive.

Dans la *sclérose en plaques disséminées*, état morbide le plus longtemps et le plus souvent encore confondu avec la paralysie agitante, le tremblement est nul pendant le repos complet, il ne se manifeste qu'à l'occasion des mouvements intentionnels d'une certaine étendue principalement, et il devient de plus en plus intense, à mesure que le but à atteindre est plus près d'être touché. Or, nous le savons, M... tremble au repos et avec la même intensité, quelle que soit sa distance de l'objet qu'elle veut saisir, et l'amplitude de ses mouvements. Qu'elle soit assise ou couchée, ses membres tremblent, ses mains sont agitées de petites oscillations, qui leur font décrire une courbe elliptique à grand axe vertical, elles semblent parfois effectuer un mouvement coordonné, son agitation a commencé par le membre supérieur, sa tête ne fait que participer à l'agitation que lui communiquent le tronc et les membres ; son tremblement est peu étendu, rapide, régulier; elle n'a, et n'a eu ni diplopie, ni amblyopie, ni nystagmus, ni vertige, ni articulation hésitante ou mauvaise prononciation portant particulièrement sur les l, les p et les g. Son facies n'a pas un aspect d'hébétude, son état mental n'est pas modifié ; elle s'intéresse à tout ce qui l'entoure. Ce sont là autant de raisons qui nous font rejeter l'hy-

(1) Fernet *Thèse pour l'agrégation*, Paris, 1872, p. 61.

pothèse de sclérose en plaques disséminées. Le tremblement de M... n'a ni les caractères ni l'origine des *tremblements toxiques*.

B. Le tremblement, l'absence d'accès fébriles, de tuméfaction, de craquements dans les jointures ou dans leur voisinage (os, muscles), de rétraction spasmodique des muscles, de douleurs en forme de crampes ne se concilie pas avec l'idée de *rhumatismes articulaires chroniques*.

Bien que par son attitude empesée, la gêne et la lenteur de ses mouvements, l'immobilité de traits de sa figure, la rigidité plus accentuée à droite, M... rappelle l'apparence des malades atteints de *ramollissement du cerveau*, l'intégrité de ses facultés intellectuelles et son tremblement ne peuvent faire supposer longtemps qu'elle souffre de cette affection.

Etiologie. — Notre malade n'a subi ni violent ébranlement du système nerveux, ni irritation de nerfs périphériques. Les conditions dans lesquelles s'est développée son affection, l'impossibilité d'invoquer une autre cause extérieure que l'action du froid humide longtemps prolongée, telles sont les raisons qui nous portent à admettre que le cas de notre malade appartient à ce dernier groupe étiologique.

Traitement. — M... a été soumise, sans résultat favorable, depuis le mois de février 1883, à un traitement par le bromure de potassium et les douches. Pendant le mois de septembre, la fin d'octobre et le mois de novembre 1884, elle a pris, presque toujours à la dose de trois grammes par jour, de l'iodure de potassium, médicament essayé avec quelques succès par M. le professeur Villemin (1) et par nous-même (*loc. cit.*, observ. IX et X). Depuis le début de novembre 1884, bien que non syphilitique, M... éprouve des souffrances notablement moins vives qu'auparavant. Nous n'avons constaté aucune autre amélioration et particulièrement aucune modification dans le tremblement et la raideur. Nous sommes plutôt porté à croire à une de ces améliorations temporaires, qui peuvent se produire spontanément chez les malades atteints de maladie de Parkinson.

CLINIQUE MÉDICALE

Du rôle des parasites dans le développement de certaines tumeurs. — Fibro-adénome du rectum produit par les œufs du Distomum Hæmatobium;

Par le Dr V. Belleli, médecin à Alexandrie (Egypte).

L'hypothèse que beaucoup de tumeurs ont une origine parasitaire, acquiert chaque jour une plus grande probabilité. Déjà, il a été mis hors de doute que toutes les tumeurs dites de granulation (tubercule, morve, farcin, lupus) sont la conséquence du développement d'un parasite spécial. La question reste toujours incertaine pour ce qui concerne les tumeurs volumineuses, les tumeurs vraiment dignes de ce nom. Toutefois la découverte de l'actinomyces dans certains sarcômes ouvre un large champ d'études et justifie les recherches dirigées dans ce sens.

C'est dans cet ordre d'idées que réside spécialement l'intérêt du développement de certaines tumeurs, typiques par la forme et par la structure histologique, sous l'action d'un parasite très commun en Egypte, le *Distomum Haematobium* ou *Bilharzia Haematobia*.

On sait que l'animal adulte, qui vit dans la veine porte et dans les veines vésicales, dépose ses œufs surtout dans les petites veinules des parois des intestins et de la vessie. Les dimensions de ces œufs, 160 μ de long sur 60 μ de large, les empêchent d'atteindre les capillaires; ils s'arrêtent dans les veinules qui finissent par se déchirer sous les efforts de la vis à tergo. Une partie des œufs est de cette façon mise en liberté dans les cavités intestinale et vésicale, mais une autre partie reste infiltrée dans l'épaisseur des tissus. Dans toute la longueur des parois intestinales, l'infiltration d'œufs de Bilharzia peut produire des altérations variées; ce qui prédomine pourtant, c'est le développement de certaines tumeurs plus ou moins volumineuses qui ont toutes les apparences des polypes. C'est dans le rectum que la formation de ces tumeurs est surtout fréquente, ou tout au moins c'est dans cette région qu'ils acquièrent généralement un volume plus considérable. Par leur siège à une hauteur plus ou moins grande de l'anus, ils déterminent des phénomènes variés, dont les principaux sont : l'hémorrhagie, la diarrhée, le ténesme, en un mot tous les symptômes de la dysentérie. Nous avons dit que ces tumeurs ont un volume variable, souvent elles ont la grosseur d'une noix ou d'une amande, mais plusieurs médecins d'Egypte nous ont cité des exemples de tumeurs du rectum consécutives à la Bilharzia, qui avaient atteint le volume d'un œuf et même d'un petit poing.

Le cas qui s'est offert à notre observation concerne un malade de l'hôpital des Diaconesses d'Alexandrie, soigné et opéré par le Dr Mackie.

Observation. — Il s'agit d'un enfant de 12 ans qui, depuis près de deux ans, a présenté de l'hématurie et des symptômes dysentériques. Dans la suite il s'est aperçu qu'une tumeur apparaissait dans l'anus pendant les efforts de la défécation. Dans ces derniers temps l'hématurie a disparu; le ténesme rectal est considérablement diminué, mais par contre la défécation est de plus en plus gênée par l'augmentation du volume de la tumeur. L'enfant est anémique. L'urine est claire et transparente, mais un examen répété démontre qu'elle contient une quantité assez notable d'œufs de Bilharzia. Le toucher rectal révèle, à la distance de 5 à 6 cent. de l'anus, une tumeur très volumineuse, implantée par une large base sur le côté gauche du rectum. Pendant les efforts de la défécation, une partie de la tumeur devient visible à travers l'orifice de l'anus. Cette tumeur est extirpée, au niveau de sa base, à l'aide de l'écraseur.

Examen de la tumeur. — La tumeur, du volume approximatif d'une petite pomme, a une couleur rouge de chair et une consistance molle. Sa superficie est régulièrement lobulée avec des tractus fibreux limitant les principaux lobules. Chaque lobule, considéré isolément, est formé par une substance finement granuleuse Sur une coupe transversale, l'aspect de la tumeur est identique à celui de la surface externe, seulement on distingue un petit nombre de cavités kystiques remplies d'une substance gélatineuse, jaune clair, transparente. Dans un de ces kystes on remarque une substance noirâtre, de consistance dure, évidemment composée de matières fécales durcies. La substance gélatineuse a été rapidement examinée à un faible grossissement pour reconnaître si elle contenait des œufs de distôme. Les résultats de cette recherche ayant été négatifs, la tumeur a été immédiatement coupée en petits morceaux pour être durcie dans l'alcool et on a perdu l'occasion d'examiner plus soigneusement la composition histologique et chimique du contenu gélatineux des kystes. Sur un fragment frais de la tumeur, examiné au microscope, on distingue un nombre considérable d'œufs de Bilharzia contenant

(1) Villemin. *Observation d'un cas de paralysie agitante* (*Recueil de mémoire de médecine militaire*, 1871, p. 116).

l'embryon vivant On voit même un de ces embryons doué de mouvements variés tels qu'on les observe souvent quelques minutes avant la rupture de l'œuf et la mise en liberté de l'embryon.

Examen histologique. — Sur les coupes minces colorées au picro-carminate et examinées dans la glycérine on distingue, à l'œil nu, de larges traînées opaques, fortement colorées au picro-carminate, qui limitent des espaces plus ou moins circulaires, des alvéoles, formés par un tissu transparent, de structure réticulée, faiblement coloré au picro-carminate. Au microscope, les traînées opaques se montrent constituées par du tissu conjonctif fibreux plus ou moins compact ; les espaces alvéolaires, par des amas de glandes en tubes. Entre chaque glande on distingue également de minces traînées de tissu conjonctif. Pour plus de commodité dans la description, nous désignerons sous le nom de conjonctif inter-alvéolaire le tissu qui entoure les amas de glandes et sert à limiter ces espèces d'alvéoles que nous avons décrit, et sous le nom de conjonctif intra-alvéolaire celui qui entoure chaque glande séparément.

Le conjonctif inter-alvéolaire est formé par une substance inter-cellulaire fibrillaire plus ou moins compacte ; dans certains endroits les fibres conjonctives sont tellement serrées que l'élément cellulaire est à peine visible. Dans d'autres parties, au contraire, l'élément cellulaire prédomine. Il existe en outre des espaces limités où le tissu, formé presque entièrement de cellules, revêt manifestement l'aspect du tissu embryonnaire. La plus grande partie des cellules ont une forme arrondie, mais on en observe aussi plusieurs qui ont une forme allongée, fusiforme. Elles ont un protoplasma d'aspect uniforme, plus ou moins coloré par le picro-carminate. Sur des coupes traitées par l'acide acétique, la présence du noyau devient manifeste dans quelques cellules, d'autres montrent seulement quelques granulations fortement colorées au picro-carminate, débris probables d'un noyau disparu. Dans ce même tissu inter-lobulaire on distingue un nombre considérable d'œufs et d'embryons libres de *distomum hæmatobium*. Ces œufs qui, pour la plupart, se trouvent en dehors des vaisseaux, sont également répandus dans le conjonctif fibreux et embryonnaire. Ils sont le plus souvent disposés en groupes considérables. Nous en avons compté jusqu'à vingt dans le même groupe. Dans la *fig.* 2, on voit en *c* deux groupes d'œufs déposés précisément sur les limites du conjonctif inter-alvéolaire.

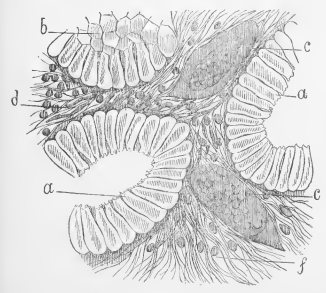


Fig. 19.— a, glandes en tube. — *b*, glande contenant des cellules épithéliales hyalines. — *c*, œufs de distomum. — *d*, tissu conjonctif embryonnaire. — *f*, tisssu fibrillaire compact autour de l'œuf de distomum.
Dessiné en partie à la chambre claire de Verick avec objectif n° 7, tube du microscope baissé (1).

Presque tous ces œufs ont l'épine terminale, quelques-uns, très rares, ont l'épine latérale (*fig.* 2, en *f*). Quelques-uns de ces œufs ont un contenu simplement granuleux, d'autres présentent le vitellus plus ou moins segmenté, d'autres enfin renferment l'embryon déjà formé. Plusieurs de ces œufs, surtout ceux qui se trouvent dans le conjonctif compact, présentent un contenu obscur, noirâtre, qui ne laisse apercevoir aucune partie distincte.

Le conjonctif intra-alvéolaire présente, à peu près, les mêmes caractères que celui que nous venons de décrire ; on observe également du tissu fibreux compact (*fig* 2, *f*), du conjonctif fibreux lâche avec prédominance de l'élément cellulaire et enfin du tissu embryonnaire pur (*fig* 2, *d*). Cependant ce qui prédomine, c'est le conjonctif fibrillaire avec abondante prolifération de cellules. Dans ce tissu les œufs de Bilharzia sont loin d'être aussi nombreux que dans le conjonctif inter-alvéolaire, mais on en observe pourtant en assez grand nombre ; la plupart du temps ils sont isolés (*fig.* 2, c), rarement on trouve des groupes composés de 4 à 5 individus.

Les espaces alvéolaires, comme nous l'avons déjà dit, sont formés en grande partie par des amas de glandes en tubes. Sur une même coupe on distingue des glandes qui ont une direction longitudinale, d'autres coupées transversalement (*fig.* 2, *a*, *b*). Quelques-unes de ces glandes sont simples, d'autres présentent une bifurcation en rapport avec un seul cul-de-sac, d'autres enfin se divisent en plusieurs branches, nous en avons compté jusqu'à cinq. La longueur de ces glandes varie entre 1/2 et 1 millim. ; leur diamètre varie de 50 à 250 μ. Quelques-unes ont une membrane distincte. Elles sont tapissées intérieurement par un épithélium formé de cellules cylindriques, sans noyau, avec contenu transparent, d'apparence presque hyaline. Ces cellules épithéliales n'ont pas partout les mêmes dimensions, leur longueur varie depuis 10 μ jusqu'à 75 μ, leur diamètre est en moyenne de 25 μ. Le contenu de ces glandes est variable, il y en a qui sont vides, d'autres contiennent une substance amorphe, granuleuse, d'autres enfin sont remplies par des sphères hyalines, des cellules cylindriques ou polyédriques d'apparence également hyaline.

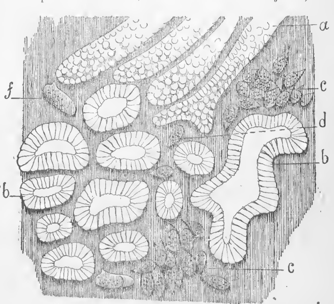


Fig. 20. – *a*, groupe de glandes en tubes en coupe longitudinale.—*b*, glandes à tubes coupées transversalement. — *c*, groupes d'œufs et d'embryons de distomum Hæmatobium. — *d*, œufs de distomum situés entre deux glandes. — *f*, œufs de distomum avec épine latérale.
Dessiné à la chambre claire de Verick avec objectif n° 4, tube du microscope baissé.

Indépendamment des glandes, on distingue aussi dans ces sortes d'alvéoles, de grands espaces vides qui, évidemment, font partie des kystes que nous avons rencontrés dans l'épaisseur de la tumeur. Ces espaces n'ont pas tous la même origine. Dans quelques-uns on voit déboucher un grand nombre de glandes, ce qui indique bien qu'ils sont le résultat de l'accumulation de la sécrétion glandulaire. D'autres n'ont pas de

(1) Les œufs ne sont pas partout aussi nombreux qu'ils le paraissent dans ces deux figures. La plupart des préparations en renferment beaucoup moins, dans quelques-unes même ils sont tout à fait rares.

communication avec les glandes et ils renferment quelques tractus fibreux dirigés en tous sens ; ils sont probablement formés par la destruction d'un certain nombre de glandes. Ce qui rend très probable une telle origine, c'est qu'on distingue dans certains emplacements, des amas de glandes dans lesquels une grande partie des parois glandulaires et des cellules sont détruites, de façon qu'on voit manifestement que de cet amas glandulaire va résulter une cavité unique.

Diagnostic. — Ces données histologiques permettent de qualifier la tumeur de *fibro-adénome* du rectum. L'augmentation considérable du nombre des glandes, la déviation de leur type, voilà les caractères sur lesquels on se base pour faire le diagnostic du vrai adénome et pour le distinguer de la simple hypertrophie d'un tissu glandulaire normal. Dans notre cas nous pouvons invoquer ce double caractère pour affirmer le diagnostic d'adénome. En effet, la présence des glandes dans toute l'étendue de la tumeur qui est très volumineuse, prouve bien qu'il ne s'agit pas là d'une simple hypertrophie des glandes normales du rectum. Un tel doute serait permis pour une tumeur de petites dimensions, il n'est pas admissible dans notre cas. D'autre part on observe dans notre tumeur plusieurs glandes qui présentent une déviation assez notable de leur type normal ; au lieu d'être simples ou simplement bifurquées, comme les glandes de la muqueuse du rectum, elles présentent jusqu'à cinq subdivisions.

Le développement considérable du tissu conjonctif fibreux, compact, justifie la dénomination de fibrome ajoutée à celle d'adénome.

Réflexions. — La cause qui a déterminé le développement n'est pas douteuse : ce sont les œufs du *Bilharzia Haematobia* qui, déposés dans la muqueuse du rectum, ont provoqué le processus irritatif qui a abouti à la formation d'un adénome. Ces œufs n'ont pas agi seulement à la manière de corps étrangers. La plupart sont déposés vivants dans les parois du rectum, plusieurs même ont l'embryon déjà formé ; les mouvements de l'embryon, sa sortie de l'œuf, sont autant de causes d'irritation des tissus. Nous avons déjà dit comment, dans un fragment frais de la tumeur, nous avons pu observer un embryon doué de mouvements variés et prêt à déchirer son enveloppe. Les œufs de *Bilharzia* n'expliquent pas seulement la genèse de la tumeur, ils sont la cause de son développement successif, de son accroissement continu. En effet, les grosses veines qui, des parois du rectum, vont aboutir dans la tumeur, charrient continuellement des œufs vivants qui sont projetés pour ainsi dire dans toute l'étendue de la tumeur : il en résulte, dans l'intimité même des tissus, autant de foyers d'irritation, qui provoquent un développement continu des éléments de la tumeur. Là où une partie de la tumeur s'est nouvellement formée, le système vasculaire subit un développement parallèle qui permet aux œufs de s'introduire dans les nouveaux tissus. Ces tissus néoformés devront donc aussi se développer ultérieurement et de cette façon l'accroissement de la tumeur trouve l'explication la plus rationnelle et la plus vraisemblable. Voilà donc un cas dans lequel, aux irritations banales invoquées généralement pour l'explication de la genèse et de l'accroissement des tumeurs, il est possible de substituer l'action plus déterminée et moins hypothétique d'un parasite spécial.

Il nous est possible d'aller plus loin et, dans les particularités de la vie de notre parasite, nous pouvons en quelque sorte trouver l'explication de la nature de la tumeur. On admet généralement que pour qu'un adénome se forme, le développement des éléments histologiques doit être modéré de façon que ces mêmes éléments aient le temps de se disposer d'une manière régulière et puissent reproduire la structure typique du tissu qui leur a donné naissance. Les œufs de *Bilharzia* peuvent nous rendre compte de cette irritation modérée. Le *distomum haematobium* ne se développe pas en effet dans le corps de l'homme, ses œufs déposés dans les tissus ne peuvent pas subir de transformations ultérieures ; l'embryon est seulement doué de quelques mouvements partiels, mais bientôt ces mouvements cessent, et l'irritation des tissus reste naturellement circonscrite et par suite modérée. Si, au contraire, ces œufs devaient subir une série de transformations pour aboutir à l'animal complet, il est probable que l'irritation des tissus, beaucoup plus étendue, empêcherait la disposition régulière des éléments histologiques néoformés. La formation tumultueuse des cellules épithéliales n'aboutirait plus à la genèse de nouvelles glandes, il en résulterait des amas irréguliers de cellules épithéliales au milieu du tissu conjonctif. Nous aurions dès lors tous les éléments pour la genèse d'une tumeur épithéliale atypique, d'un vrai cancer. C'est là évidemment une pure hypothèse, mais une hypothèse vraisemblable, et qui, dans des circonstances analogues à celles que nous venons d'énoncer, pourrait très bien se vérifier.

Dans la réalité, au lieu d'un parasite tel que la *Bilharzia*, il peut s'agir de ces autres parasites qui, par leurs dimensions, échappent à un examen superficiel et que seules des méthodes perfectionnées pourront permettre de découvrir. Les particularités de la vie de ces micro-organismes pourraient tout aussi bien que le distome donner la clef de la genèse de l'accroissement et de la nature des tumeurs ordinaires, malignes ou bénignes. C'est vers de telles idées que tend la science moderne, et il est probable que ses prévisions seront tôt ou tard vérifiées.

PATHOLOGIE INTERNE

I. Lésions causées par la présence des œufs et des embryons de Bilharzia hœmatobia dans la vessie, la prostate, le rectum, les ganglions mésentériques, le rein et le foie. — II. Echantillon de Bilharzia hœmatobia;

Par le Dr **Albert RUAULT** (1).

I. J'ai l'honneur de présenter à la Société quelques préparations microscopiques que je dois à l'obligeance des Drs Kartulis et Schies-Bey, d'Alexandrie (Egypte). Ces pièces proviennent de deux sujets qui ont succombé à des complications de la cystite calculeuse.

L'histoire de cette maladie, qui paraît spéciale à l'Egypte et au cap de Bonne-Espérance, ne saurait trouver place dans cette communication, non plus que l'histoire naturelle du parasite qui en est la cause. Nous nous bornerons à rappeler que le ver adulte habite la veine porte et ses dépendances, surtout les plexus vésicaux et les veines mésaraïques, tandis que les œufs et les embryons ciliés se rencontrent dans la vessie, les voies urinaires et le rectum. On a pu les trouver aussi dans les reins, la prostate, les ganglions mésentériques et le foie.

L'étude histologique des lésions a été l'objet d'une remarquable communication de M. le professeur Damaschino à la Société médicale des hôpitaux, en mai 1882. Cet observateur a pu faire l'examen de pièces que M. le Dr Zancarol avait apportées d'Egypte et mises à sa disposition. Il a décrit magistralement les lésions dysentériformes de l'intestin et des ganglions mésentériques, et signalé les lésions

(1) Communication à la *Société anatomique*. (Séance du 5 mars 1885.)

de la vessie et des uretères. Les lésions rénales, dans ce cas, étaient secondaires.

Tout récemment, M. Zancaria a présenté à la Société médicale des hôpitaux (juillet 1884) de nouvelles préparations histologiques de M. Kartulis, son aide, et ce dernier a repris la question dans un mémoire qu'il a publié dans les *Archives de Virchow* (tome IC, 1885). Il décrit les lésions des voies urinaires et du rectum, et de plus celles de la prostate, des reins et du foie; mais il est regrettable que ses descriptions soient trop succinctes et même insuffisantes sur beaucoup de points. Quelques détails de plus et une observation plus complète des coupes histologiques auraient beaucoup ajouté à l'intérêt de ce mémoire, d'ailleurs estimable.

Les sept préparations que j'ai l'honneur de présenter à la Société confirment, sur la plupart des points, les descriptions de M. Damaschino et de M. Kartulis.

Sur deux coupes de la vessie, on peut voir une grande quantité d'œufs de distôme déposés dans l'épaisseur de l'organe, qui est considérablement épaissi. Ces œufs sont surtout nombreux dans la muqueuse et immédiatement au-dessous. M. Kartulis, dans son mémoire, parle d'un épaississement de la vessie, sans plus de détails. M. Damaschino insiste sur ce quo cet épaississement est produit par une hypertrophie des couches musculaires. Vous pouvez voir, sur les préparations que je mets sous vos yeux, que l'épaississement y semble dû à une abondante production de tissu conjonctif. On trouve également des altérations des fibres musculaires; M. Kartulis n'en fait pas mention. Elles sont cependant très évidentes, mais je ne saurais dire qu'il s'agit là de dégénérescence vitreuse ou amyloïde. Il y aurait lieu d'examiner des pièces fraîches à l'aide du violet de méthylaniline, ainsi que nous l'a appris M. le professeur Cornil.

Une coupe de la prostate montre également une certaine quantité d'œufs de distôme dans l'épaisseur de l'organe. Il y a beaucoup de tissu conjonctif de nouvelle formation. Celle du rectum montre une grande quantité d'œufs de distôme dans la tunique muqueuse. L'altération paraît être peu avancée, et on n'y voit pas les ulcérations dysentériformes si bien décrites dans le mémoire de M. Damaschino. La coupe d'un ganglion mésentérique montre les altérations que cet observateur a décrites. La coupe du rein montre quelques œufs de distôme et aussi des embryons libres. Autour des œufs, on voit du tissu conjonctif de nouvelle formation produisant une néphrite interstitielle d'origine vasculaire. Celle du foie fait voir des œufs en assez grand nombre et siégeant au niveau des espaces portes, ou dans les parties des lobules hépatiques les plus voisines de ces espaces. M. Kartulis dit dans son mémoire : « La rétraction du foie provenant du dépôt des œufs de distôme dans son épaisseur paraît être due à une cirrhose. » Sur la préparation qu'il nous a confiée, vous pouvez constater que la cirrhose est évidente. On y voit très nettement que ce processus débute par les espaces de Kiernan.

II. M. le Dr Fouquet (du Caire) a bien voulu me confier une trentaine de distômes adultes (Bilharzia hœmatobia) provenant des plexus vésicaux d'un sujet qui a succombé au Caire. Ce sont ces helminthes que je vous présente ici, en raison de leur rareté dans notre pays. En les examinant à un faible grossissement, on peut reconnaître les différents caractères assignés par les naturalistes à ces hématozoaires. On ne voit parmi eux que des mâles. Ils sont à peu près de la taille d'un oxyure. On distingue aisément les deux ventouses et le canal gynécophore. On consultera avec fruit, pour l'étude du développement et de l'organisation de ce parasite, un récent mémoire de M. J. Chatin (*Annales des sciences naturelles*, 6e série. Zoologie, t. XI, nos 5 et 6).

Corps de santé militaire. — Ont été promus : *Au grade de médecin principal de 2e classe*, M. Czernicki, secrétaire du Comité consultatif de santé; — *Au grade de médecin-major de 1re classe*, M. Pons ; — *au grade de médecin-major de 2e classe*, MM. Noel, Redon.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Une réponse de M. Ferran.

M. Ferran a répondu à l'article que nous lui avions consacré (1) par une lettre adressée à M. le Directeur du *Progrès médical*, mais, contrairement à tous les usages, il n'a pas envoyé cette lettre à son adresse et s'est contenté de l'insérer dans le *Siglo medico* (2). Néanmoins, nous conformant aux habitudes du *Progrès médical*, qui laisse à tout auteur attaqué le droit de réponse, nous reproduirons les arguments de M. Ferran, en n'y répondant que lorsque l'attaque aura été trop directe, cette lettre n'ayant d'ailleurs guère besoin de commentaires pour être jugée à sa valeur.

1° M. Ferran déclare d'abord que les occupations si graves, si innombrables dont il est accablé, ainsi que ses amis, en ces jours d'affliction de son pays, l'ont empêché de répondre plus tôt. Ses travaux ont donné lieu à deux courants d'opinion inverses : certaines personnes qui les considèrent comme bons, l'ont aidé; d'autres, qui jugent différemment, « ont consacré leur activité à découvrir des objections et à embarrasser la marche régulière de ses investigations. » Aussi qu'en est-il résulté, c'est qu'il a été en butte à une prohibition ministérielle, sous couleur politique attribuée à ses travaux purement scientifiques. Donc, s'il veut bien répondre à l'article qui le vise, c'est qu'il tient le *Progrès médical* en sincère et profonde estime, son habitude étant en effet de répondre aux attaques uniquement par des faits « ou des démonstrations positives. »

2° Après ce long préambule, l'auteur commence par déclarer d'abord que je n'ai pas bien compris ses travaux ; en second lieu, que je me suis mis à un point de vue différent du sien, et que je réponds par des arguments de cabinet à ses travaux de laboratoire. Inutile, je suppose, de relever la première objection; quant à la seconde, elle est étonnante. Nous nous sommes attaché, en effet, dans l'article incriminé, à ne faire à M. Ferran, que des objections de pratique de laboratoire, objections générales portant exclusivement sur sa technique, abstraction faite même du sujet à l'étude. Or, je ne sache pas que ce soit dans un cabinet qu'on puisse apprendre à étudier et à cultiver *rigoureusement* des microbes.

3° M. Ferran continue en faisant remarquer que si les inoculations intestinales qu'il a pratiquées avec des doses massives n'ont pas réussi, tandis que Nicati et Rietsch, Koch et Van Ermengem ont produit le choléra chez des cobayes en leur injectant une fraction de goutte de culture pure, c'est que ces auteurs opéraient un animal à jeun, tandis que les cobayes de M. Ferran avaient l'abdomen complètement plein. — Puisque M. Ferran voit si bien la cause qui a fait échouer ses expériences, pourquoi ne les a-t-il pas modifiées dans ce sens, la chose en valait certes la peine.

4° Les selles des sujets inoculés ne renferment jamais d'oogones ni de corps mûriformes ; les vomissements et la diarrhée, quand ils se présentent, doivent être con-

(1) V. *Progrès médical*, n° 24, 13 juin 1885, p. 481.
(2) N° 1645, 5 juillet 1885, p. 428.

sidérés « comme un effet de l'intoxication sanguine produite par les ptomaïues. » — Voilà une affirmation qu'un *homme de laboratoire* tel que M. Ferran aurait pu prendre la peine de démontrer, ne fût-ce qu'en quelques lignes.

5° M. Ferran compare l'étonnement que me cause sa description morphologique du bacille virgule à celui qu'ont éprouvé bien des gens quand Koch a annoncé que la bactéridie charbonneuse se reproduit par sporulation. « Ces révélations sont uniquement le fruit de l'observation, et tout se réduit à observer ou à ne pas observer. » En suivant sa technique Van Ermengem aurait pu observer ces kystes délicats, développés dans le thalus de la bactérie du choléra. Il s'indigne que je soupçonne d'inexactitude ses procédés d'examen, il me dit de les répéter et qu'ainsi je pourrai me rendre compte qu'il n'est pas nécessaire d'employer l'immersion pour apercevoir ces menus détails que beaucoup de médecins ont vus avec la plus grande clarté dans son laboratoire. Bien plus, pour une foule de raisons, « l'immersion homogène est *embarrassante*, *inutile* et *insuffisante*, et dans ce cas, on peut bien observer, avec des appareils simples, sans qu'il y ait besoin de tant de complications. » Sa technique est pratique et si ce n'est pas la meilleure, il ignore comment on pourrait s'y prendre pour bien voir ces formes délicates sans altérer leur structure. D'ailleurs, il n'a pas l'habitude de conserver des préparations démonstratives, il n'a pas le temps de donner à ses études un caractère doctrinal « en prenant une minute pour étudier la manière de conserver des préparations soit sèches soit humides, » et ses moyens ne lui permettent pas d'avoir des préparateurs chargés de ce soin.—On reste confondu devant ces aveux naïfs ; non seulement M. Ferran ne répond pas à nos objections, mais il déclare sa méthode excellente. On comprend que nous ne discuterons pas ses affirmations, il faudrait lui apprendre l'*a b c* de ce que doit savoir toute personne qui désire s'occuper de microbes. Que M. Ferran, qui fait si grand cas du *Progrès médical*, y lise dans le numéro du 4 juillet 1885, la note de Doyen ; il y verra comment il faut s'y prendre pour bien observer et la technique qu'il est nécessaire de suivre actuellement, sous peine d'être très justement considéré comme un chercheur insuffisant, mal outillé et très incomplètement au courant des procédés de laboratoire perfectionnés.

6° M. Ferran affirme ensuite ne se servir de ses milieux de culture qu'après les avoir conservés en incubation pendant quinze jours et seulement lorsqu'ils sont alors restés transparents. Quant à leur richesse en principes nutritifs, elle est grande puisque une foule de microbes y germent fort bien, y compris le bacille virgule.—Nous enregistrons avec plaisir cette affirmation d'autant plus que c'est la seule réponse positive, basée sur des faits, que nous trouvions dans toute la lettre de M. Ferran.

7° Un peu plus loin il s'indigne que je soupçonne et sa technique et son habileté de microbiologiste, lui qui depuis deux ans fournit du vaccin artificiel aux éleveurs de son pays et qui, sans une excellente technique, aurait pu causer la ruine de centaines de paysans. — C'est encore là un aveu que nous ne demandions pas au senor Ferran ; peu nous importe de savoir si, avant de vendre du vaccin pour l'homme, il en vendait pour les bestiaux, nous n'avons pas à nous mêler de ses affaires commerciales.

8° Je laisse de côté les aménités qui suivent à mon adresse, comme j'ai passé sous silence les peu gracieuses périphrases dont il fait en général suivre mon nom. Son procédé de stérilisation par ébullitions discontinues lui paraît la perfection en l'espèce ; il en appelle aux gens de laboratoire. Il affirme aussi l'excellence de sa méthode d'ensemencement, en me renvoyant aux travaux de mon ami Miquel; il est à regretter que M. Ferran ne puisse aller visiter le laboratoire de Montsouris, il pourrait y voir combien peu la technique de Miquel ressemble à la sienne.

9° Il répond aux objections que j'avais élevées contre les statistiques, en déclarant qu'il faudrait supposer une bien extraordinaire partialité chez tous les médecins qui les ont dressées et qu'alors on ne devrait croire à aucune statistique même en France. — Nous n'ajouterons rien ; on sait maintenant comment sont faites les statistiques du choléra en Espagne et par suite ce qu'elles valent.

10° L'hypothèse émise qu'il s'agissait dans les inoculations de Ferran d'une nouvelle septicémie le fait sourire ; il déclare qu'il faut bien peu connaître la septicémie et qu'il lui serait bien facile de répondre — mais il ne le fait pas. Comment expliquerait-il en effet que *lui seul* parmi tous les observateurs ait pu tuer des cobayes par injection sous-cutanée de culture de bacille virgule. — Il lui suffit, dit-il, que des statistiques *nombreuses et consciencieuses* aient démontré que ses inoculations sont réellement prophylactiques du choléra. C'est seulement « lorsqu'il aura terminé la campagne prophylactique qu'il fait » qu'il discutera la question de savoir si les virgules injectées en cultures pures comme vaccin sont *septicogènes* ; il s'occupera de nouveau de la *morphogénie* de ses microbes, mais tout cela est d'ordre secondaire ; actuellement il a des occupations autrement urgentes.

11° Enfin, pour terminer, M. Ferran promet à notre directeur une préparation de son vaccin contre le choléra, de façon à ce que, après l'avoir examiné, celui-ci puisse décider si la culture est oui ou non pure. — C'est là une offre singulière ; M. Ferran ne sachant faire que des préparations extemporanées sans coloration, ne pourra envoyer que des lamelles desséchées et non colorées sur lesquelles il sera impossible de rien voir, à moins toutefois qu'il n'ait modifié sa technique, ce que nous lui souhaitons de grand cœur.

Nous avons tenu à analyser entièrement la longue lettre de M. Ferran; on le voit, il n'a répondu positivement que sur un seul point, celui de la pureté des milieux de culture ; sur tous les autres, il s'est contenté de phrases et d'affirmations. Nous n'ajouterons pas de commentaires, mais que M. Ferran sache bien qu'en science, on ne saurait se contenter de mots, qu'il faut aussi *démontrer complètement* ce qu'on avance, sous peine de voir considérer ses recherches comme non avenues. M. Ferran a voulu faire trop tôt une applica-

tion pratique de recherches insuffisantes. Ses découvertes microscopiques ne sont rien moins que démontrées, puisqu'il semble bien, dans cette partie de ses études, avoir absolument méconnu la signification des éléments qu'il observait, éléments qui ne seraient que des formes d'involution du bacille virgule vieilli et très vraisemblablement infécond (1). En second lieu, la preuve de l'efficacité anticholérique de son vaccin sur les animaux n'a pas été faite puisqu'il n'a jamais été publié, à notre connaissance, d'expériences où des cobayes, vaccinés par son procédé, auraient constamment résisté à l'inoculation intra-stomacale faite suivant la méthode de Koch ou celle de Doyen, de culture très récente de bacille virgule, ou mieux de produits cholériques, tandis qu'un nombre égal de cobayes témoins non vaccinés auraient succombé. Sans cette démonstration, M. Ferran n'a aucun droit de dire que ses vaccinations préservent les animaux du choléra ; elles ne leur donnent l'immunité que contre l'inoculation ultérieure d'une culture analogue au vaccin. Eh bien ! malgré cette absence de données expérimentales rigoureuses qui auraient dû être la base de ses recherches, il n'a pas hésité à pratiquer en grand *ses vaccinations* sur l'homme. Aussi, tant que M. Ferran n'aura pas fait la lumière complète sur toutes ses recherches (2), il ne devra pas s'étonner que les médecins le considèrent et le traitent autrement qu'en homme de science.

L. Capitan.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 13 *juillet* 1885. — Présidence de M. Bouley.

M. A. Chauveau adresse une nouvelle note sur la *nature des transformations que subit le virus du sang de rate atténué par culture dans l'oxygène comprimé.* Tout concourt à démontrer que les virus atténués sont de simples familles auxquelles on a réussi à imprimer quelques caractères spéciaux, certains signes de dégénérescence, susceptibles de se transmettre par hérédité, avec conservation de la tendance à revenir au type primitif, comme cela arrive dans les plantes et les animaux supérieurs. Cette manière de voir est encore corroborée par l'étude morphologique des cultures en voie d'évolution.

M. Jaime Ferran envoie une communication sur la *prophylaxie du choléra au moyen d'injections hypodermiques de cultures pures du bacille virgule.* La manière d'obtenir l'immunité contre le choléra est très simple, et en même temps inoffensive. Le vaccin n'est autre chose qu'une culture pure du microbe virgule du choléra asiatique, dans du bouillon très nutritif; le degré de la virulence est en relation directe, jusqu'à un certain point, avec la richesse nutritive du milieu. L'aération favorise l'intensité de la culture. Le meilleur vaccin est le plus virulent, c'est-à-dire celui qui produit un nombre plus considérable de cas de choléra expérimental parmi les inoculés. Les symptômes développés n'exigent pas de ressources thérapeutiques. L'action prophylactique serait due à une sorte d'accoutumance de l'organisme à la substance active diffusible apportée par le microbe. On ne peut pas encore préciser le temps de durée de l'immunité, mais on peut déjà fixer un minimum de deux mois.

M. Pasteur, en faisant hommage à l'Académie du rapport de M. le Dr Brouardel sur sa *mission en Espagne*, s'exprime ainsi :

« J'ai l'honneur de déposer sur le bureau de l'Académie et de lui en faire hommage, au nom de M. le Dr Brouardel, le rapport que cet éminent hygiéniste a lu mardi dernier à l'Académie de médecine.

« Si le Dr Ferran a trouvé le moyen de préserver l'homme du choléra, il n'est nul besoin pour lui de la signature d'un ministre ; l'humanité tout entière deviendra la garante du prix moral et matériel de la découverte. S'obstiner à ne pas le comprendre serait autoriser tous les soupçons, et c'est ce qui a eu lieu à la suite des réponses faites à nos missionnaires en Espagne. Le Dr Ferran veut sortir de cette situation. La nouvelle note du médecin espagnol en est le témoignage. M. le Dr Brouardel sera le premier à l'en féliciter. »

MM. Nicati et Rietsch ont étudié l'*atténuation du virus cholérique.* Le bacille virgule s'atténue, dans le bouillon ou la gélatine nutritive, par une température moyenne de 20 à 25°. Ces cultures sont devenues inertes pour les cobayes.

M. Dareste adresse un mémoire sur un *cas de cébocéphalie, avec complication d'anencéphalie partielle, observé chez un poulain.*

M. Charpentier envoie une note sur la *distribution de l'intensité lumineuse et de l'intensité visuelle dans le spectre solaire.* La perception lumineuse et la perception des formes correspondent à deux processus physiologiques distincts.

M. de Lacaze Duthiers, à l'occasion d'une note sur le système nerveux de certains mollusques, donne quelques renseignements sur l'installation du laboratoire Arago, à Banyuls-sur-Mer. Cette station maritime, fondée par l'infatigable professeur de la Sorbonne, donne les plus beaux résultats au point de vue des recherches embryologiques.

Paul Loye.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 18 *juillet* 1885. — Présidence de M. P. Bert.

M. d'Arsonval remet une note de M. Charpentier sur l'*influence d'un œil sur l'adaptation de l'autre à la lumière.*

M. Ch. Richet a remarqué que lorsqu'on faisait avec un thermo-cautère une piqûre des lobes frontaux d'un lapin, la température centrale s'élevait en permanence d'un degré. De plus, l'habitus général du lapin subissait des modifications profondes. L'animal devenait très alerte, sauvage et possédait désormais la propriété d'adapter son oreille aux différents sons.

M. P. Bert estime qu'il y aurait grand intérêt à étudier si ces modifications se poursuivent dans les générations ultérieures, car il pense que les lésions chirurgicales ne sont héréditaires que lorsque les centres nerveux ont été profondément modifiés lors de la première génération.

M. F. Franck qui, depuis trois ans, suit des générations de cobayes issus de parents auxquels il avait pratiqué des lésions expérimentales du cœur, n'a jamais observé de lésions analogues chez les descendants.

M. Dupuy, qui produit de l'exophtalmie en piquant les corps restiformes, a observé des phénomènes semblables sur les invividus nés de parents ainsi mutilés.

M. Leloir complète sa précédente communication sur la *lèpre*, en exposant l'anatomie pathologique de cette affection. Il insiste particulièrement sur la présence des bacilles dans le larynx. On en trouve également dans le foie et la rate, qui sont les seuls viscères atteints. La veine porte en contient aussi.

M. Gréhant donne la description d'une modification qu'il a apportée à la construction de la pompe à mercure.

(1) Voir mémoire de Doyen, *loc. cit.*

(2) La dernière communication de M. Ferran à l'*Académie des sciences*, séance du 13 juillet 1885, ne contient aucune démonstration inédite. L'auteur se contente d'affirmer la valeur prophylactique de ses vaccinations et d'exposer ses idées sur le mode d'action des inoculations préventives ; il n'y a aucune indication nouvelle sur le mode de préparation de vaccin.

Il a fait, avec M. PEYROU, des recherches sur l'extraction des gaz contenus dans le parenchyme des feuilles. Il se trouve toujours dans les gaz extraits moins de 10 0/0 d'oxygène, par rapport à l'acide carbonique et à l'azote qui coexistent seuls dans ce parenchyme. On peut extraire, en chauffant à 100°, presque indéfiniment de l'acide carbonique, ce qui tient à la transformation des bicarbonates à cette température, ainsi que l'a démontré M. Berthelot.

M. P. BERT considérant que la plus faible température à laquelle aient été soumises les feuilles en expérience était de 50°, pense qu'il serait intéressant, afin d'éviter le danger de toute décomposition, d'extraire directement les gaz sans chauffer.

MM. DOLÉRIS et POUEY (de Montevideo) ont fait des recherches sur les femmes *albuminuriques-éclamptiques*. Ils formulent les conclusions suivantes :

1° L'albuminurie de la grossesse, non compris l'accouchement et le temps secret du travail dont la durée est variable, se rencontre 1 fois sur vingt.

2° L'urine des femmes enceintes peut, fortuitement et malgré les précautions prises, renfermer des organismes : 1 fois sur 5 environ. Ce fait est probablement imputable à un catarrhe vaginal propagé à l'urèthre et peut-être à la vessie. Dans tous les cas, il faut tenir compte de cette cause d'erreur dans les recherches.

3° L'urine des femmes enceintes albuminuriques observées par les auteurs renfermait toujours des organismes, principalement sous forme de chaînettes. Le sang de ces mêmes femmes n'en renferme pas toujours, du moins l'examen et la culture ne les ont pas toujours révélés, ce qui n'est pas une preuve absolue de leur absence, car on n'a examiné et cultivé que quelques gouttes du sang puisé au bout du doigt de chacune d elles.

4° Chez cinq éclamptiques albuminuriques, l'examen et la culture du sang et de l'urine ont éte faits à diverses reprises. Dans trois cas, résultats douteux pour le sang; les recherches ont été négligemment conduites et les auteurs n'y attachent aucune valeur. Dans les deux autres cas, résultats positifs. On a pu observer la marche croissante et décroissante de la néphrite microbienne et de l'infection sanguine parallèlement aux accidents convulsifs.

M. P. BERT analyse les résultats d'une série d'expériences ayant trait à divers sujets.

Il est possible de faire vivre dans l'eau de mer des animaux d'eau douce, à condition que la *sursalure* soit progressive. Lorsque les animaux meurent, les œufs qu'ils ont déposés dans le nouvel élément éclosent très bien; les êtres qui en proviennent vivent et ont une taille plus considérable que leurs parents. Les animaux d'eau douce acclimatés dans l'eau de mer, meurent lorsqu'on les transporte à nouveau dans l'eau douce. Quant aux poissons de mer, il n'est pas possible de les faire vivre dans un élément dont on a diminué la sursalure de plus de 12 0/0. Ils s acclimatent bien mieux lorsque la sursalure est portée à 40 0/0 au-dessus de la moyenne.

Les *inhalations de protoxyde d'azote sous pression* peuvent être tolérées plusieurs jours de suite et pendant sept à huit heures par jour. Elles amènent alors des troubles intellectuels qui forcent à en suspendre l'emploi.

La *troisième paupière des oiseaux* sert exclusivement à ramener les larmes vers le lac lacrymal ; elle n'est pas indispensable aux phénomènes de la vision normale.

1° A poids égal, les jeunes *vers à soie* consomment plus d'O et fabriquent plus de Co^2 que les vers plus âgés. 2° Les chrysalides ont une vie d'autant plus active qu'elles s'approchent plus du jour d'éclosion. 3° Le papillon, qui n'est qu'un spermatophore presque inerte, consomme moins d'O que la chrysalide pendant ses deux derniers jours de vie.

Le *suc extrait d'un muscle en rigidité* introduit dans un muscle sain provoque la rigidité de celui-ci. Cette influence ne tient pas à l'acidité du liquide, car elle persiste après la neutralisation.

La *coloration des lézards* ne paraît pas devoir être assimilable à celle des caméléons, car en se plaçant dans les mêmes conditions d'expérience que pour ces derniers, on n'observe aucune modification des corpuscules chromatiques.

Le *grisou*, ou protocarbure d'hydrogène, est un gaz inerte. Même lorsqu'on diminue de 10 0/0 la quantité d'O contenue dans l'air, le grisou ne produit pas d'effets délétères.

Le *venin cutané de la grenouille* agit directement sur le cœur dont il détermine la paralysie.

GILLES DE LA TOURETTE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 21 juillet 1885. — PRÉSIDENCE DE M. BERGERON.

M. TARNIER fait une communication sur l'*élevage des enfants nés avant terme*. Depuis longtemps, M. Tarnier conseille d'élever les enfants nés avant terme, à l'aide de la couveuse artificielle ; aujourd'hui ce mode d'élevage doit être complété par le gavage de ces mêmes enfants. A l'appui de son dire, M. Tarnier présente deux enfants élevés dans ces conditions et bien portants. Voici comment il convient de procéder. Il importe d'introduire dans l'estomac de l'enfant une sonde uréthrale n° 16, munie d'un entonnoir en verre, et de verser ainsi un liquide nutritif, du lait de femme de préférence. Chez les tout jeunes enfants, M. Tarnier introduit 8 grammes de lait toutes les heures, et ultérieurement, alterne les injections de lait avec l'allaitement maternel. La sonde doit être retirée rapidement, dès que le lait a été versé dans l'estomac; quant au liquide ingéré, il ne doit jamais être en excès. Cette manière d'élever les enfants nés avant terme constitue un réel progrès, car elle permettra d'élever des enfants nés avant le septième mois, voire même le sixième.

M. TRÉLAT fait une communication sur l'*hystérectomie pour un cancer utérin*. Après avoir rappelé que cette opération, imaginée par Récamier, a été remise en honneur en 1878, par Freund, M. Trélat signale ce fait que Demons la pratiqua le premier en France. Depuis, quelques chirurgiens de Bordeaux et de Paris l'adoptèrent. Récemment enfin, M. Trélat la pratiqua et son opérée peut être considérée comme guérie. Le gros argument contre l'extirpation totale de l'utérus par le vagin, la mortalité opératoire, a notoirement perdu de sa valeur. Cette décroissance s'est produite sous deux influences : une antisepsie plus rigoureuse et plus efficace, un meilleur choix des cas. La question de la récidive subsiste tout entière. Il faut cependant se garder d'un jugement trop précipité. En somme, l'acte opératoire semble jugé, et a cessé d'être redoutable par lui-même. La question d'efficacité thérapeutique autrement voilée, reste seule sur le terrain et appelle un jugement définitif.

L'ACADÉMIE se constitue en *Comité secret*, à l'effet d'entendre la lecture du rapport de M. Schutzenberger sur les titres des candidats à une place vacante dans la section de physique et de chimie. La commission présente : en 1re ligne, M. Javal ; en 2e ligne, M. d'Arsonval ; en 3e ligne, M. Reban ; en quatrième ligne, M. Hauriot; en 5e ligne, M. E. Hardy : en 6e ligne, M. Albert Robin. A. J.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 22 juin 1885. — PRÉSIDENCE DE M. HORTELOUP.

M. LE DENTU présente une observation de *calcul enkysté* de la vessie.

M. POZZI présente une observation de calcul enchatonné de la vessie; on peut constater sur la pièce que la poche diverticulaire qui contient le calcul est pourvue d'un collet fort épais.

M. LE DENTU fait remarquer que cet épaississement du collet de la poche a été souvent noté, et qu'il permet de débrider pour libérer le calcul, sans craindre de dépasser la paroi vésicale.

Abcès prostatiques. — M. RECLUS fait un rapport sur un

travail de M. Segond: *De l'ouverture par le périnée des collections purulentes de la prostate.* Dans son excellent et très substantiel mémoire, M. Segond fait d'abord ressortir les inconvénients do l'ouverture par le rectum ; difficulté de panser antiseptiquement, insuffisance de l'ouverture rectale et possibilité de rétention du pus et de décollements, lésions possibles des gros vaisseaux, et si l'abcès vient ensuite à s'ouvrir dans l'urèthre, formation d'une fistule recto-uréthrale difficile à guérir. Tous ces inconvénients disparaissent quand on ouvre l'abcès par une incision périnéale pré-rectale; l'écoulement du pus est facile, le foyer peut être lavé et pansé antiseptiquement, les lésions des gros vaisseaux ne sont plus à craindre et si l'abcès s'ouvre ultérieurement dans l'urèthre, on n'aura qu'une fistule uréthro-périnéale beaucoup plus facile à guérir que la recto-uréthrale. Pour ces différents motifs, M. Segond, s'appuyant sur deux observations où son intervention fut couronnée d'un plein et rapide succès, propose d'ouvrir toujours les collections purulentes de la prostate par une incision périnéale. Le rapporteur et la Société approuvent pleinement les conclusions de l'auteur.

Kystes congénitaux du cou.—M. Monod fait un rapport sur une observation de *kyste congénital du cou*,adressée à la Société par M. le Dr Dubar (de Lille). Le kyste avait été antérieurement traité par une injection au chlorure de zinc, mais il a fait récidive ; M. Dubar fit l'ablation au bistouri. Il y eut une récidive en un point ; une opération complémentaire devint nécessaire ; enfin, la malade guérit. M. Dubar a fait un examen anatomique et histologique de la tumeur : entre autres choses, cet examen a montré que la tumeur avait des prolongements canaliculés d'une extrême ténuité que le plus fin stylet ne pouvait pénétrer; au microscope, l'auteur a pu voir des bourgeons épithéliaux, partant de l'épithélium kystique, s'enfoncer dans les tissus voisins. M. Dubar insiste sur la nécessité d'enlever largement pour éviter les récidives. M. Monod, qui avait eu l'occasion de traiter ce kyste par l'injection au chlorure de zinc, trouve dans l'examen anatomique les raisons de la récidive qui suivit : il insiste sur la nécessité d'enlever largement la tumeur.

M. Reclus a eu l'occasion de voir une malade atteinte de kyste congénital ; elle a été traitée par l'injection, puis par l'ablation ; on a pu la croire guérie définitivement à la dernière intervention, mais il n'en est rien ; il reste une petite fistule qui remonte jusqu'au bord supérieur du cartilage thyroïde. Peut-être s'agit-il ici d'un de ces prolongements par prolifération épithéliale que signale M. Dubar.

M. Anger croit que l'injection au chlorure de zinc, excellente contre les grenouillettes, est insuffisante contre les kystes congénitaux, dont la paroi présente une structure plus complète.

M. Tillaux rappelle que Nélaton conseillait de disséquer des trajets fistuleux consécutifs aux kystes du cou. Nélaton attribuait ces kystes au développement d'un follicule épiglottique. On s'accorde aujourd'hui à les rattacher à un vice dans l'évolution des fentes branchiales. M. Tillaux dissèque le trajet fistuleux avec le plus grand soin.

M. Pozzi rappelle la méthode qui consiste à injecter le trajet fistuleux avec une substance solidifiable avant de le disséquer La dissection est rendue plus facile et a plus de chances d'être complete.

M. Monod répond que ce procédé ne pouvait être appliqué au cas dont il est question, car l'injection n'eût pas pénétré les canalicules si étroits que l'examen anatomique y a révélés.

M. Gillette présente une observation de tumeur maligne du sein chez l'homme; la tumeur avait débuté six ans auparavant, et dans ces derniers temps, elle s'était ulcérée. Il n'y avait pas de ganglions dans l'aisselle. L'ablation a été facile. L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un carcinome fibreux. M. Gillette a eu l'occasion de rencontrer plusieurs de ces tumeurs chez l'homme.

M. Lucas-Championnière présente deux pièces anatomiques dont l'histoire clinique et thérapeutique présente un grand intérêt. L'une est un kyste hydatique de l'abdomen dont les symptômes étaient ceux d'un rein flottant; l'autre est un sein transformé en poche purulente. Dans ces deux cas, M. Lucas-Championnière débuta par une laparotomie exploratrice pour fixer le diagnostic hésitant. Pour le kyste hydatique, il acheva sur-le-champ l'opération, après avoir reconnu la nature de la tumeur, qui se rattachait au bord antérieur du foie par un mince pédicule; l'opéré guérit rapidement. Dans le second cas, l'incision exploratrice ayant montré qu'il s'agissait d'une affection du rein, le ventre fut refermé. Quinze jours après, M. Lucas-Championnière procéda à la néphrectomie, qui fut faite par une incision antéro-externe, suivie du décollement du péritoine; l'incision postérieure eût été insuffisante, étant donné le volume de l'organe. Le 21e jour, l'opérée se levait et marchait. L'auteur insiste sur les avantages et l'innocuité presque absolue de la laparotomie exploratrice.

M. Guermonprez (de Lille) lit une observation d'ablation de l'antitragus, suivie de la restauration de cette partie du pavillon. Paul Poirier.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 8 juillet 1885. — Présidence de M. Duhomme.

M. Hallopeau a étudié l'action des corps gras mélangés à l'acide phénique. Les corps gras atténuent de beaucoup l'action irritante de cet agent. C'est ainsi qu'on peut impunément se servir d'huile phéniquée, de glycérine à 10 0/0 d'acide. Il n'en est pas de même pour la vaseline qui est irritante à 20 0/0. Les propriétés antiseptiques de l'acide phénique sont-elles atténuées?

M Campardon avait déjà remarqué que les lavements phéniqués dans lesquels on incorporait de la glycérine étaient beaucoup mieux tolérés que ceux qui n'en contenaient pas.

Il s'élève une discussion entre MM. Delpech et Limousin, de laquelle il résulte que l'acide phénique cristallisé dissous pour servir de solution-mère, peut être avantageusement additionné d'une certaine quantité de glycérine.

M. Campardon dit que dans certains cas les corps gras sont peu favorables comme véhicules, suivant probablement la nature de l'excipient. Il s'est bien trouvé de l'emploi de la pommade suivante dans l'intertrigo des personnes grasses :

Vaseline . . . . . . 30 gr.
Borax. . . . . 2 gr.
Huile essentielle de Winter-green X gouttes,

alors que le glycérolé d'amidon avait totalement échoué.

M. E. Labbé estime que la vaseline qu'on emploie n'est peut être pas toujours identique ; fait que corrobore M. Hallopeau qui a examiné au microscope de la vaseline qui était constituée par de gros cristaux et partant défectueuse ; ce qui tiendrait, d'après M. Boismond, à ce qu'elle renfermait de la paraffine : la bonne vaseline est jaune et non blanche.

M. Dujardin-Beaumetz continue l'exposé do ses recherches sur l'emploi de la cocaïne en solution au 50e dans les opérations de petite chirurgie. Il a fait ainsi trois pleurotomies sans douleur en injectant à chaque extrémité de la ligne d'incision préalablement tracée, 1 c. c de la solution ; de même il pratique la trachéotomie ; l'opération du phimosis à l'aide de quatre injections ; l'incision des loupes en injectant la solution entre la peau le le sac. Grâce aux nouveaux arrivages, la cocaïne a considérablement baissé de prix, ce qui permet de s'en servir d'une façon usuelle C'est ainsi qu'on emploie avec le plus grand succès dans le pansement des brûlures, la pommade suivante:

Vaseline . . . . 50 gr,
Chlorhydrate de cocaïne. 1 gr.

M. Delpech a fabriqué un *extrait fluide* contenant la moitié de son poids de cocaïne, ce qui permet d'éviter les frais de transformation en chlorhydrate. Gilles de la Tourette.

Une découverte. — La collection Daubenton, *perdue au Muséum depuis près de quatre-vingts ans*, vient d'y être retrouvée par hasard ! Pauvre Muséum !

REVUE D'OPHTHALMOLOGIE

I. Considérations sur les traumatismes oculaires; par le Dr Dehenne (*Recueil d'ophtalmologie*, janvier 1885).
II. Blessures de la sclérotique (Clinique ophtalmologique du Dr Galezowski Despaquet, 1882.
III. Wounds of the sclerotic with remarks on their treatment by suture; par Simeon Snell (*Opht. Revew.*, oct. 1884).
IV. Des plaies pénétrantes intra-oculaires; par Abadie (*Union méd.*, 8 février 1885).

I. M. Dehenne, sans vouloir faire un traité complet des blessures de l'œil, passe en revue tous les traumatismes oculaires, depuis la simple érosion conjonctivale ou cornéenne, jusqu'aux blessures les plus graves intéressant le corps ciliaire et amenant la phtisie du bulbe.

Pour M. Dehenne, la gravité du pronostic dépend absolument de la région où a porté le traumatisme: autant les plaies de la cornée, même avec hernie assez considérable de l'iris, guérissent en général facilement, autant au contraire les plaies de la région ciliaire sont graves et nécessitent presque toujours tôt ou tard l'énucléation. Mais quelle est donc la cause d'une si grande gravité des traumatismes de la région ciliaire? Est-elle seulement due à l'importance de l'organe lésé? Certes les plaies pénétrantes du péritoine, des grandes articulations et de toutes les séreuses en général, étaient aussi d'un très grave pronostic; mais depuis que l'on a appris que les plaies ne sont vraiment dangereuses qu'autant qu'elles ont livré passage à des agents infectieux, l'avenir n'est plus aussi sombre; et l'on ne craint pas de pratiquer les opérations les plus graves sur ces organes si l'on a soin de prendre toutes les précautions antiseptiques. Il en est de même pour l'œil; les blessures de la région ciliaire guérissent très bien et sans presque laisser de traces, même après une perte assez notable de corps vitré, si la plaie n'a pas été infectée et que l'on ait pu obtenir une réunion par première intention. Pour cela il faut avoir vu le malade aussitôt que possible après l'accident, pour que des lavages antiseptiques soient faits au plus vite, et, s'il y a lieu, que quelques points de suture soient appliqués pour fermer la plaie quand elle est large et béante. Ce n'est qu'à ces conditions que la réunion par première intention peut être obtenue.

M. Abadie a présenté au dernier Congrès de la Société française d'ophtalmologie, un malade qui avait complètement guéri, avec restitution complète de la vision, d'une large plaie scléroticale avec perte de substance en pleine région ciliaire, sur laquelle, 2 heures après la blessure, il avait appliqué deux points de suture suivis d'un pansement antiseptique aussi rigoureux que possible. Trois mois après, intégrité parfaite de l'organe et de la vision. La plaie était grave, une bonne partie du corps vitré s'était écoulée, l'œil était flasque et déformé. A quoi est donc due cette guérison presque inespérée? C'est certainement au fait que ce malade s'est présenté de suite après l'accident et que la suture et le pansement antiseptique ont amené la réunion de la plaie par première intention, condition essentielle sans laquelle on ne peut éviter de graves complications.

II. Siméon Snell rapporte deux observations de plaies scléroticales guéries par suture de la conjonctive. La première est celle d'un jeune homme de 16 ans, porteur d'une plaie scléroticale longue de plus d'un quart de pouce, située en arrière de la région ciliaire. L'œil était très ramolli à la suite de perte du corps vitré; la chambre antérieure très profonde à cause du refoulement de cristallin et de l'iris, est presque remplie de sang; la plaie était propre et laissait échapper du corps vitré. Une suture de fin catgut est placée sur la conjonctive seulement, en relie fermement les deux lambeaux. Atropine deux fois par jour. L'enflure de la paupière disparait bientôt, ainsi que l'hémorrhagie dans la chambre antérieure. Le septième jour, la suture est enlevée. La chambre antérieure devient moins profonde, la pupille régulière, l'œil se raffermit et la vision s'améliore rapidement. Trois mois après, l'œil paraît normal, la vision est très bonne, la plaie scléroticale est à peine visible extérieurement; à l'ophtalmoscope, on voit une cicatrice blanche dans la choroïde, d'où partent un ou deux filaments qui se perdent dans le corps vitré.

Le deuxième cas est celui d'un compositeur d'imprimerie, âgé de 28 ans, qui reçut dans le seul œil qui lui restait un éclat de bouteille qui fit immédiatement en arrière du corps ciliaire, une plaie d'un demi pouce de longueur. Perte de corps vitre, ramollissement tel du globe, que l'avenir de l'œil paraissait désespéré. Néanmoins, une suture de soie fut appliquée sur la conjonctive et enlevée quatre jours après. La guérison fut miraculeuse, le patient affirme voir aussi bien qu'avant son accident, il continue ses occupations de compositeur. Trois ans après la guérison s'est maintenue. S. Snell cite encore deux cas plus anciens encore de plaies scléroticales, guérison par la suture avec conservation du globe oculaire et de l'acuité visuelle.

La suture employée a été tantôt la soie, tantôt le fil de platine, mais de préférence pourtant c'est le fin catgut que l'on doit choisir; car il ne cause jamais d'ulcérations, et peut rester en place aussi longtemps que l'on veut, on peut de même le laisser se résorber.

Snell recommande de ne faire porter la suture que sur la conjonctive pour éviter de dilacérer la sclérotique qui se laisse difficilement traverser par une aiguille. Il craint surtout de blesser la choroïde et la rétine, et de porter dans le globe oculaire un fil qui jouera le rôle du corps étranger; il cherche à traiter la plaie scléroticale comme une plaie sous-cutanée, il ne parle pas d'antisepsie.

III. Galezowski a pratiqué aussi assez souvent la suture scléroticale et toujours avec un plein succès, même dans des cas désespérés, surtout quand la cornée ni l'iris n'avaient été intéressés.

IV. Je ne saurais mieux terminer qu'en citant les considérations qui servent de conclusion au travail de M. Abadie sur les traumatismes oculaires dont j'ai déjà parlé plus haut.

Le pronostic des plaies pénétrantes de l'œil, alors même que la zone ciliaire considérée comme si dangereuse vient à être blessée, change du tout au tout selon que la blessure est restée plus ou moins longtemps exposée à l'air, et selon le mode d'intervention.

Si au lieu de se rendre immédiatement chez un homme de l'art, le blessé perd un temps précieux, si la plaie est déjà infectée de micro-organismes au moment de notre premier examen, les lavages, les pansements antiseptiques quoique faits tardivement empêcheront peut-être le désastre d'être complet et les phénomènes inflammatoires d'aboutir à un phlegmon de l'œil, mais l'intégrité fonctionnelle de l'organe sera compromise.

Je ne saurais mieux comparer ce qu'on observe ici qu'à ce qui se passe pour les plaies des grandes articulations du genou par exemple. On sait combien jadis leur pronostic était fatal; aujourd'hui il est infiniment moins grave, mais à deux conditions également nécessaires: 1° Il faut que la blessure, au moment où le chirurgien s'occupe de la soigner, n'ait pas été infectée par des micro-organismes; 2° L'occlusion immédiate devra être pratiquée et la méthode antiseptique la plus rigoureuse employée jusqu'à la guérison définitive.

Toutes les fois que l'œil est grièvement blessé, qu'il s'agit d'une plaie pénétrante, il est du plus haut intérêt pour le malade de le faire soigner le plus tôt possible.

Si l'on n'est pas en état de faire immédiatement la suture des lèvres de la plaie et son occlusion complète, on appliquera un pansement antiseptique provisoire. Dès qu'on le pourra, et le plus tôt sera toujours le mieux, on procédera à la suture. A cet effet, on emploiera des fils de soie très fins, désinfectés au préalable dans une solution de sublimé de 1 pour 1,000. Avec de fines aiguilles courbes on cherchera à faire passer les fils de suture à travers la sclérotique. Ce temps de l'opération est toujours difficile et délicat en raison de la dureté du tissu fibreux. Néanmoins, si

la plaie a une certaine étendue, il est indispensable, sinon d'en rapprocher complètement les deux lèvres, du moins d'en réduire l'étendue par application d'un ou de plusieurs fils passés à travers la sclérotique. Si elle est de petites dimensions et qu'on éprouve trop de difficultés à traverser la sclérotique, on se contentera de faire glisser et de suturer la conjonctive de façon à obtenir une occlusion complète.

L'opération terminée, on aura soin de laver encore minutieusement la plaie avec une solution de sublimé de 1 pour 3,000, on appliquera le bandeau compressif et un pansement antiseptique qui sera renouvelé tous les jours jusqu'à guérison complète. A. DARIER.

CORRESPONDANCE

Dans quelles conditions le diabète se complique de gangrène?

Lettre à M. le professeur Verneuil.

Monsieur et très cher maître,

Je désire appeler votre attention sur quelques observations nouvelles de diabétiques et d'alcoolo-diabétiques (Permettez-moi de vous emprunter de nouveau cette expression (1)). En la formant, vous émettiez l'idée qu'un diabétique n'est peut-être atteint de gangrène grave que quand il est alcoolique; et vous nous aviez appris antérieurement qu'aucun diathésique ou intoxiqué (sauf les accidents de l'ergotisme), n'avait ses plaies aussi facilement compliquées de lésions gangréneuses, que l'alcoolique (2).

Après avoir, sur vos conseils, étudié plus longuement cette question en 1881 (3), je suis resté convaincu qu'un diabétique ne présentait des phénomènes gangréneux qu'autant qu'il était atteint de quelque autre affection générale, d'alcoolisme principalement.

En quatre années de pratique médicale, j'ai recueilli quatorze observations de diabétiques sur le résumé desquelles je tiens à avoir votre avis. Voici d'abord une série de cas n'ayant présenté aucun anthrax, aucune nécrobiose.

I. — M. X..., 38 ans, n'ayant jamais bu de vin régulièrement parce qu'il ne l'aimait pas, a toujours mené une vie sobre et régulière, occupée aux travaux intellectuels; ne buvait jamais ni bière, ni liqueurs; diabétique depuis 10 ans, ne s'est aperçu de son état que par l'amaigrissement et la faiblesse. Il est mort en avril 1883 dans le marasme cachectique sans avoir jamais eu ni anthrax, ni furoncle, ni éruption d'aucune sorte, ni aucune affection l'ayant tenu au repos. Son traitement avait été constitué par le régime (mal suivi) les arsénicaux, les phosphates, et, en 1882, le bromure de potassium que sa faiblesse ne lui permit pas de continuer longtemps.

II. — X..., 68 ans, paysan toujours sobre d'une région pauvre du Cantal où le régime est mauvais (pommes de terre et galettes de sarrazin), où le cultivateur ne boit de vin que pendant les grands travaux de l'été et jamais de liqueur, s'affaiblit progressivement dans des conditions presque identiques à celles du précédent et sans la moindre éruption. Fatigué, il fait plusieurs chutes de lieux élevés sur les rochers, et sans conséquence facheuse. Il me consulte pour la première fois un an après s'être aperçu de son affaiblissement. L'émaciation est extrême (analyse d'urine = 6 litres par jour, et 73 gr. 50 par litre). Il s'éteint cachectique sans accident, 6 mois après (avril 1884).

III. — F..., 75 ans, ancien épicier, aimait beaucoup dans sa jeunesse à faire un usage un peu excessif des boissons alcooliques; mais, dès l'âge de 30 ans, des troubles dyspeptiques l'ont mis dans l'impossibilité de boire d'autre boisson, qu'un peu de vin étendu d'eau gazeuse ou d'eau de Vichy. Il fait tous les ans une saison à Vichy; la huitième ou la neuvième année, le diabète est constaté, et il débutait (une analyse d'urine avait été faite l'année précédente sans aucun résultat). Aucun symptôme ne l'accompagnait, et ne l'a jamais accompagné et il est mort en février 1883 avec tous les signes d'un ramollissement cérébral, aussi diabétique et aussi dyspeptique qu'au début malgré un régime sobre, comprenant, comme boissons, du lait entre les repas, et au repas de l'eau de Vichy coupée d'une petite quantité de vin. Il avait depuis longtemps de l'eczéma sec sénile sans complication.

IV. — Je soigne actuellement M. R..., phtisique au 2e degré dont j'ai découvert par hasard le diabète (4 litres par jour, et 39 gr. 6 par litre). Il mène une vie fort active, sa profession l'expose à des marches fort longues, et sujet à des bronchites depuis sa jeunesse (il a 40 ans), il a pris l'habitude de boire une bouteille de vin par jour aux repas, et, dans l'intervalle, du lait et de l'eau de goudron. Il n'a jamais présenté aucune lésion cutanée d'aucune sorte, et sa soif seule (qu'eût pu expliquer sa fièvre hectique) m'a fait penser au diabète.

V. — Mme X..., 70 ans, ne prenant jamais de vin par goût, et n'en prenant jamais plus d'une cuillerée, devient diabétique en 1881 (soif vive) et ne présente aucun autre trouble qu'une légère congestion cérébrale quelques mois après, et cependant ses urines oscillent de 3 litres 200 à 4 litres, le sucre de 68 gr. 20. à 82 gr. par litre, et atteint un jour le chiffre total de 342 gr.

VI. — Mlle D..., 47 ans, meurt en avril 1885, d'urémie diabétique après troubles nerveux ayant duré quelques jours, d'une famille de diabétiques, elle a eu, il y a 5 ans, les premiers signes du mal. En même temps, à la suite d'un coup, elle a eu un phlegmon fort léger de l'avant-bras, et dont la marche n'a présenté aucune complication. Elle était depuis fort longtemps, atteinte d'une acné arthritique fort intense de la face, et jamais aucune de ses papules n'est devenue furonculeuse. Elle n'a pas eu par conséquent la moindre complication. Un mois avant sa mort, elle est tombée sur un genou en avant, en descendant un escalier de pierre, et l'épanchement sanguin, qui en est résulté, fut résorbé fort vite, malgré son mauvais état général. Comme elle vivait seule, j'ai pu doser exactement sa consommation de boissons alcooliques: elle était montée de 75 litres de vin en 22 mois avant le diabète, à 75 litres en 4 mois 1/2 depuis. La glycosurie était intense (3 litres 1/2 à 4 litres d'urine avec de 72 à 84 gr. par litres).

VII. — Une institutrice de campagne pour laquelle le vin est un objet de luxe tombe, à l'âge de 40 ans, dans un état de marasme cachectique sans aucun trouble cutané ou viscéral que l'affaiblissement général malgré la persistance de l'appétit: ni furoncle, ni eczéma génital, rien en un mot à noter: l'urine contient 80 gr. de sucre pour 1,200 gr. rendus dans les 24 heures.

VIII. — Mme G..., a fait comme le malade (no III), un peu abus de bonne chaire pendant les premières années de la jeunesse tout en déployant une grande activité physique et intellectuelle. Vers 38 ans, des crises de coliques hépatiques fort intenses et fréquemment renouvelées, la mettent dans la nécessité de changer de régime, et de supprimer presque absolument le vin et les autres boissons excitantes; dix ans après, douze ans avant sa mort, elle éprouve de la polydipsie diabétique. Cela a été le seul symptôme qu'ait présenté le diabète chez elle, et elle a toujours eu depuis un régime fort sobre, buvant surtout du lait et de l'eau de Vichy. Elle est morte d'une tumeur du côlon transverse (1883).

IX. — Je soigne actuellement une femme de 62 ans, paysanne travaillant beaucoup aux durs travaux des champs, buvant peu de vin, jamais de liqueurs; diabétique depuis 3 ans au moins, elle a eu depuis, des contusions très violentes, de l'eczéma génital presque continuel, une glossite non suppurée extrêmement simple comme marche, et une cataracte qui a progressé fort rapidement, mais ni furoncle, ni anthrax, ni inflammation gangréneuse d'aucune sorte.

X. — J'ai soigné pendant les deux dernières années de sa vie, une paysanne pauvre (Mme O..), qui n'avait jamais bu de vin qu'à de fort longs intervalles, et dont le diabète, peut-être ancien, n'avait produit aucun autre symptôme que l'affaiblissement progressif, et s'est terminé par une phtisie suraiguë (avril 1884) (urines 4 litres et 92 gr. de sucre par litre).

N'est-il point remarquable de voir ainsi une série de 10 diabétiques, diabétiques marqués pour la plupart, sauf le no 3 et le no 8 en tout comparables, dont cinq sont morts des conséquences du diabète, et le 6e d'une affection intercurrente, et qui n'ont même pas eu un furoncle, malgré les conditions favorables que présentaient quelques-uns pour l'évolution de la furonculose ou d'autres affections gangréneuses (acné, coups et contusions mutiples) Une seule particularité les rapproche et peut expliquer cette immunité, c'est leur sobriété que j'ai tenu à établir surtout dans les résumés d'observations que je viens de relater.

A côté d'eux, j'ai vu les malades suivants dont l'hygiène était tout autre et dont la fin a aussi présenté des particularités intéressantes.

(1) *Des blessures chez les alcoolo-diabétiques.* Congrès du Havre, 1877.

(2) *Académie de Médecine*, 13 décembre 1870.

(3) *Recherches sur l'Etiologie et la Pathogénie des gangrènes chez les diabétiques.* Paris, 1881.

XI. — M. S..., 50 ans, diabétique sans le savoir, faisait un exercice violent pour combattre sa polysarcie extrême; après des courses fort longues où il suait énormément, il buvait du vin avec d'autant plus d'excès que le diabète et l'habitude rendaient cet excès sans inconvénient. Il mourut rapidement en mars 1885, d'un énorme anthrax gangréneux de la nuque (communiquée par M. le Dr Bois).

XII. — M. D..., 55 ans, tenait depuis fort longtemps une auberge sur une route très fréquentée des voituriers de toutes sortes que la disposition de la région forçait presque tous à s'arrêter chez lui. En leur compagnie, il contracta des habitudes alcooliques à la suite desquelles il devint diabétique. En août 1882 il me consulte pour de l'intertrigo digital des 2 pieds fort ancien et qui avait fini par amener la formation d'une plaque de gangrène sèche peu étendue sur la face externe du gros orteil droit. Aucun traitement local ne fut bien fait. Aucun changement de régime ne fut consenti, et en janvier 1883 il mourait d'un phlegmon diffus gangréneux à marche rapide, du membre inférieur.

XIII. — N..., 48 ans, d'une famille d'arthritiques, cultivateur aisé, suit depuis longtemps tous les marchés et toutes les foires du pays, et en revient toujours ivre. Il en arrive à l'ivresse quotidienne. Il survient alors des accidents du côté des pieds, accidents d'apparence goutteuse au début, mais finissant par la formation de petites eschares sur la face dorsale des orteils. En se détachant, elles laissent l'os à nu, cependant elles guérissent deux fois, mais une troisième fois elles gagnent tout le gros orteil et le 1er métacarpien dont les parties molles sont limitées par un sillon d'élimination, derrière lequel se développe un nouveau phlegmon diffus gangréneux, et N... meurt avec ces lésions, en juillet 1883. Son urine contenait une petite quantité de sucre que je n'ai jamais pu doser. Mais il était surtout alcoolique.

Aussi je crois bon de comparer son cas au suivant qui lui ressemble par bien des détails :

XIV. — B..., vieil agriculteur, avait, comme N..., de l'intertrigo digital ancien, mais il ne faisait abus de boissons alcooliques que depuis 3 ou 4 ans, quand, en novembre 1884, il passa toute la journée, les pieds dans l'eau et la boue. L'intertrigo s'enflamma, l'état devint rapidement mauvais, et, quand je le vis en janvier 1885, en consultation avec M. le Dr Fleys qui le soignait, plusieurs abcès avaient dû être ouverts à chaque pied, un œdème de mauvais aspect avec des phlyctènes noires occupait les pieds et la partie inférieure des jambes. Malgré toutes les précautions, chaque ouverture spontanée ou chirurgicale s'entourait rapidement d'une zone gangréneuse molle qui gagnait les parties voisines. Il mourut, sans jamais avoir été glycosurique, en janvier 1885.

Après avoir comparé ces deux observations presque identiques en tous points, je me demande, Monsieur et très cher maître, si le diabète a joué un rôle bien important dans le cas de N..., alors que nous voyons B..., plus vieux, il est vrai, mais moins alcoolique, et de moins vieille date, mourir beaucoup plus rapidement du même accident, et dès la première atteinte.

Du reste, au cas de S... (XI), je pourrais comparer le cas suivant, et en tirer peut-être les mêmes conséquences.

XV. — B..., 50 ans, marchand de vins en gros, goutteux au dernier degré, mais non diabétique, et alcoolique, meurt en juillet 1882 d'un énorme anthrax gangréneux du cou, s'étendant de la protubérance occipitale externe à la 7e vertèbre cervicale, et du bord postérieur d'un sterno-mastoïdien au bord antérieur de celui du côté opposé, dépassant les proportions ordinaires des anthrax les plus graves.

Je ne crois pas pour cela que le diabète doive être innocenté de tous les accidents gangréneux. Mais il est souvent seulement le complice d'un autre agent, le plus souvent l'alcoolisme, mais qui peut être d'une autre nature.

XVI. — Mme V. agée de 53 ans, est diabétique depuis de longues années sans le savoir (polydipsie et boulimie). Jamais elle n'a eu le moindre trouble indiquant l'attention de ses médecins sur ses urines, et jamais elle n'avait cru devoir leur indiquer sa soif vive. En mars 1882, sans me prévenir de cet état, elle se plaint d'une douleur intercostale gauche, et je constate un souffle doux prolongé de la pointe sans aucun autre signe fonctionnel. Un vésicatoire calme la douleur qui reparait en mars 1884, et s'irradie en arrière jusqu'à la colonne vertébrale. Le souffle persistait sans modification. Devant l'impuissance d'un traitement médical et des vésicatoires répétés, je fis quelques applications de pointes de feu au Paquelin. En même temps, sans autre phénomène cardiaque, un durillon s'enflamma sur la face interne du gros orteil gauche, et quand l'épiderme épaissi se détacha, il laissa à nu une escharre sèche un peu plus étendue que lui, et qui tomba rapidement. La cicatrisation fut rapide, et la santé redevint excellente en apparence.

En novembre 1884, les phénomènes reprirent avec plus d'intensité : douleur plus vive, suffocation, œdème, léger d'abord, des pieds, s'étendant progressivement à toute la portion sous-diaphragmatique du corps. Dès le début de ces accidents, il se forma, sur le dos et la plante des deux pieds, une série de phlyctènes dont les dimensions variaient de 1 à 7 centimètres de diamètre. Elles se remplirent d'un liquide tantôt séreux, tantôt sanguinolent, et, malgré le repos absolu, l'épiderme à leur niveau se détacha en masse, laissant à nu des escharres sèches, noiratres, assez superficielles du derme. Les deux ordres de phénomènes, œdème asystolique, et gangrènes, évoluèrent parallèlement, et tandis que les premières plaies étaient en voie de guérison, il s'en formait de nouvelles jusqu'au jour où les troubles cardiaques cessèrent sous l'influence de la macération de digitale. Depuis lors l'état local du cœur et des extrémités inférieures reste bon tandis que la cachexie diabétique augmente rapidement. La quantité de sucre rendue dans les 24 heures oscille autour du chiffre de 400 gr. dans 7 litres d'urine, malgré un régime assez régulièrement suivi.

Ainsi voilà une diabétique chez laquelle le processus gangréneux ne s'est développé à l'occasion d'aucune cause locale, ni coup, ni vésicatoire, ni pointes de feu, et qui a présenté une série de plaques gangréneuses sous l'influence d'une maladie du cœur. L'influence du diabète sur ces troubles, chez une cardiaque aussi peu avancée, n'est pas douteuse ; cependant leur mode et leur moment d'apparition, leur marche, et leurs guérisons sous l'influence de la digitale, ne semblent-elles pas indiquer que l'état du cœur a joué dans ce cas un rôle plus important que le diabète?

Ne vous semble-t-il pas qu'une série pareille de 14 diabétiques confirmant tous l'opinion que vous aviez émise au Congrès du Havre, ne peut pas être l'effet du pur hasard? Le diabète favorise le développement des gangrènes chez les personnes qu'une autre affection troublant la circulation y prédisposait. Cette conclusion, du reste, aurait bien plus de valeur si vous vouliez y adhérer en y apportant les modifications que vous inspireront les nombreuses observations que vous pouvez opposer au petit nombre de faits que j'ai tenu à soumettre à votre attention.

Veuillez agréer, Monsieur et très cher maître, l'hommage respectueux de mes sentiments profondément dévoués.

Dr T. Girou (d'Aurillac), ancien interne des hôpitaux de Paris.

BIBLIOGRAPHIE

Ueber die Gascysten der menschl. Scheide; par le prof. Chiari. (*Zeitschr. f. Heilk.* B. VI, Prag. 1885).

Le professeur Chiari a observé 2 cas de kystes gazeux des parois vaginales ; en outre, il a pu étudier des pièces anatomiques analogues laissées par Eppinger au musée de Prague. Aussi, saisit-il cette occasion pour nous offrir une étude histologique faite avec méthode, d'un grand intérêt et permettant de résoudre la question longtemps discutée de la structure et de la pathogénie de ces kystes gazeux. Cette curieuse affection est peu connue en France. En Allemagne, elle a attiré l'attention de bien des auteurs. Elle consiste en petits kystes ou groupes de vésicules situés sous la surface de la muqueuse, dans le tissu conjonctif et le long des vaisseaux. En les ponctionnant avec la pointe d'un bistouri, ils s'affaissent en laissant échapper leur contenu gazeux; c'est ainsi qu'on les diagnostique. Ces kystes d'un pronostic bénin ont été observés particulièrement pendant la grossesse.

C. Braun les aurait signalés le premier en 1861. Depuis, les opinions les plus diverses ont été émises sur leur pathogénie et chaque auteur leur a donné un nom différent. Winkel les décrit sous le nom de Kolpohyperplasie cystique, car il pense que les bords des plis vaginaux en s'accolant forment de petites cavités qui emprisonnent quelques bulles des gaz produits dans le vagin. Eppinger leur applique le nom d'emphysème vaginal, l'analyse chimique

ayant montré que le gaz infiltré dans le tissu conjonctif était de l'air athmosphérique.

Pour Zweifel, le gaz serait de la triméthylamine qui s'est formée dans les glandes vaginales kystiques, d'où le nom de vaginite emphysémateuse. Schröder dit qu'il s'agit d'air contenu dans les follicules du vagin, et Lebedeff d'extravasats du sang. Pour Klebs, la lésion qui nous occupe est de la lymphangiectasie. Pour les uns, ces kystes ont une paroi épithéliale que nient les autres, etc. Le professeur Chiari fait une longue monographie des travaux des auteurs pour nous montrer tout l'intérêt d'un tel sujet, puis il aborde l'étude des différentes questions qui se présentent et les résout successivement. Nous pouvons résumer de la manière suivante ce travail consciencieux :

Les kystes gazeux du vagin ne sont pas une altération cadavérique. Ils n'ont pas de paroi épithéliale, mais les couches condensées du tissu conjonctif les limitent. De place en place, on trouve à leur périphérie des cellules géantes aplaties ou globuleuses, sur l'importance desquelles insiste le professeur. Ces kystes siègent dans les follicules lymphatiques qui se produisent en grand nombre dans les catarrhes vaginaux, comme l'auteur l'a également signalé pour la muqueuse des voies urinaires. (Chiari, *Wien. med. Jahrb.*, 1881.) Enfin, il faut ainsi comprendre la lésion vaginale : les canaux et les fentes lymphatiques se dilatent, leurs cellules endothéliales se gonflent et s'unissent pour former des masses, qui sont les cellules géantes. Les fentes lymphatiques sous-épithéliales finissent par s'ouvrir dans la cavité vaginale et l'air aspiré par les mouvements s'infiltre dans ce système lymphatique altéré, il s'y enkyste, car les sinuosités des lymphatiques l'empêchent de s'échapper. Bang a publié en 1877 un cas de kyste gazeux des parois de l'intestin, qui doit être rapproché de ceux du vagin. J. DAGONET.

CONSEIL MUNICIPAL

Laïcisation de l'hôpital Cochin.

M. Robinet, dans la séance du 23 juillet, a posé à M. le préfet de la Seine une question au sujet des retards apportés à la laïcisation de l'hopital Cochin. Le Directeur de l'Assistance publique, MM. Monteil, Patenne, Després et Cochin ont pris part à la discussion. Le Conseil, par 52 voix contre 10, a adopté l'ordre du jour suivant déposé par M. Robinet : « Le Conseil, conformément à tous ses votes antérieurs sur la laïcisation des hôpitaux, invite l'Administration à ne pas s'arrêter à l'opposition formulée contre le renvoi des congréganistes de l'hôpital Cochin et à laïciser sans délai cet établissement d'après la décision du Conseil de surveillance de l'Assistance publique » Par le même nombre de voix, le Conseil a adopté l'addition suivante proposée par M. Monteil : « Et regrettant que l'Administration n'ait pas préparé la laïcisation de plusieurs hopitaux, en rapport avec le personnel dont elle dispose et conformément aux décisions du Conseil. »

VARIA

L'Affaire de l'hôpital Saint-Louis.

Une terrible méprise, heureusement fort rare dans les hopitaux de Paris, a eu lieu dimanche matin à l'hospice Saint-Louis. Elle a causé deux morts. Avant-hier matin, deux malades mouraient subitement, à un quart d'heure de distance : c'étaient les nommés Vaudelegen (Charles), agé de 36 ans et Lecouteux (Charles), agé de 58 ans, tous les deux placés dans la salle Cazenave. Le directeur de l'hopital informé de ces deux décès foudroyants et inattendus, étant donnée la maladie des défunts, accourut et procéda à une enquête.

Le médecin avait ordonné une cuillerée à bouche d'eau-de-vie allemande, qu'on avait fait prendre aux malades à huit heures ; l'élève en pharmacie avait délivré la potion dans un flacon. Le directeur de l'hopital se fit remettre la fiole et constata, en le faisant remarquer au médecin de service, qu'elle renfermait des *Gouttes amères de Baumé*. L'élève s'était trompé.

M. Mouquin, commissaire de police, informé, s'est immédiatement rendu à l'hospice, en compagnie du Dr Lefèvre, pour les constations médico-légales.

Les deux victimes de cette déplorable erreur étaient des ouvriers. Les familles ont été aussitôt prévenues par les soins de M. Mouquin. Quant à l'auteur de cette fatale méprise, un jeune homme nommé H..., il est fou de désespoir.

Hier, M. Prinet, juge d'instruction, accompagné du procureur de la République, s'est transporté à l'hospice Saint-Louis (*Lanterne*, du 22 juillet.) Nos renseignements personnels confirment intégralement le récit de la *Lanterne*. Si cet accident était survenu dans un hôpital laïcisé, tous les journaux réactionnaires auraient poussé les hauts cris.

Le choléra en Espagne.

	15 JUILLET.		16 JUILLET.		17 JUILLET.		18 JUILLET.		19 JUILLET.	
PROVINCES :	*Cas.*	*Décès.*	*Cas.*	*Décès.*	*Cas.*	*Décès.*	*Cas.*	*Décès.*	*Cas.*	*Décès.*
Valence	646	304	576	246	535	313	488	204	638	287
Sarragosse . . .	201	72	291	99	»	»	255	115	347	185
Cuenca	78	33	114	50	54	28	59	17	59	38
Murcie	170	83	216	99	205	87	155	95	215	84
Tolède	»	»	69	21	61	28	81	32	90	35
Teruel	»	»	11	3	19	7	20	7	58	18
Castellon	163	61	150	52	161	66	131	83	218	69
Tarragone	»	»	»	»	69	37	131	36	»	»
Ségovie	»	»	»	»	»	»	2	»	»	»
Alicante	185	83	215	100	183	73	»	»	144	51
Albacète	18	6	17	7	15	8	»	»	»	»
Grenade	»	»	»	»	11	6	»	»	»	»
Jaen	»	»	»	»	32	14	»	»	»	»
Polencia	»	»	4	4	»	»	»	»	»	»
Tortosa	»	«	81	35	»	»	»	»	»	»
VILLES :										
Madrid	7	8	12	3	9	4	7	5	12	8
Aranjuez	4	7	4	4	1	5	3	2	1	3
Ciempozuelos . .	1	»	»	»	7	»	3	2	4	»

Dans la province de Soria, du 17 au 20, on a constaté 150 cas, 60 décès. Le choléra a pris de l'extension ces jours-ci. Il est apparu notamment dans la province de l'Andalousie.

La plupart des journaux espagnols continuent à soutenir le Dr Ferran. Par contre, les journaux portugais, le *Correio medico* et la *Medicina contemporanea* (de Lisbonne), entre autres, constatent le peu de valeur des recherches de M. Ferran Dans le n° du 19 juillet de la *Medicina contemporanea* nous trouvons un bulletin consacré à la question Ferran. L'auteur conclut en disant : « Il n'y a rien autre dans la prétendue vaccination cholérique qu'une question d'argent. C'était à prévoir et nous l'avons prévu dès le début, ainsi que l'attestent les articles publiés dans notre journal. La question Ferran est liquidée. »

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 12 juillet au samedi 18 juillet 1885, les naissances ont été au nombre de 1258 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 465; illégitimes, 166. Total, 631. — *Sexe féminin* : légitimes, 440 ; illégitimes, 187. Total, 627.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881; 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 12 juillet au samedi 18 juillet 1885. les décès ont été au nombre de 875, savoir : 484 hommes et 391 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 22, F. 16. T. 38. Variole : M. 0 F. 1. T. 1. — Rougeole M. 16. F. 7, T. 23. — Scarlatine : M. 1 F. 2 T. 3. — Coqueluche : M. 3. F. 3 T. 6. — Diphthérie, Croup. M. 13 F. 8, T. 21. — Dyssenterie : M 0. F. 0, T. 0. — Erysipèle : M. 2, F. 0, T. 2. — Infections puerpérales : 8 - Autres affections épidémiques : M. .. F. .., T . — Meningite tuberculeuse et aiguë : M. 19 F 21, T. 40. — Phthisie pulmonaire : M. 83, F. 55 T 138. — Autres tuberculoses : M. 15, F. 10. T. 25. — Autres affections générales : M. 26, F. 42 T. 68. — Malformations et débilité des âges extrê-

mes : M. 14, F. 24, T. 38 — Bronchite aiguë : M. 8 F. 7, T. 15. — Pneumonie : M. 30, F. 17, T 47. — Athrepsie : M. 39, F. 41 T. 80. — Autres maladies des divers appareils : M. 156 F. 122, T. 278. — Après traumatisme : M. ., F. ., T. .. — Morts violentes : M. 26, F. 4. T. 30. — Causes non classées M 11, F. 3, T. 14.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 84 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 40 ; illégitimes, 9. Total : 49. — *Sexe féminin :* légitimes, 26 ; illégitimes, 9. Total : 35.

CONCOURS POUR L'AGRÉGATION DE PHARMACIE. — Par un arrêté du Ministre de l'Instruction publique, des Beaux-Arts et des Cultes, en date du 29 mai 1885, portant ouverture, au 1er juin 1886, d'un concours pour deux places d'agrégés (pharmacie) dans les facultés mixtes de médecine et de pharmacie de Lille et de Lyon ; vu la loi du 8 décembre 1874, du 12 juillet 1878 :

Les grades dont les candidats aux fonctions d'agrégé de pharmacie dans les facultés mixtes de médecine et de pharmacie doivent justifier sont : Le doctorat en médecine ou le doctorat ès sciences physiques, ou naturelles, ou le titre de pharmacien supérieur.

CONCOURS DU BUREAU CENTRAL (*Médecine*). Candidats admis aux épreuves définitives : MM. Chantemesse, Comby, Petit, Robert, Gaucher, Jubel-Rénoy, Hirtz (E.), Martin, — *Epreuve écrite :* Le *Rachitisme* ; autres questions mises dans l'urne : *Des gangrènes pulmonaires ; Anatomie pathologique, symptômes et diagnostic des maladies des artères du cerveau.*

Ce concours s'est terminé par la nomination de MM. CHANTEMESSE et COMBY. — Le *Progrès médical* adresse ses plus sincères salutations à ses amis et excellents collaborateurs ; nos lecteurs applaudiront certainement avec nous au succès de MM. Chantemesse et Comby.

CONGRÈS POUR L'INSTRUCTION DES AVEUGLES. — Un congrès pour l'instruction des aveugles se réunira à Amsterdam le 3 août prochain. En même temps aura lieu une exposition des objets employés pour l'instruction des aveugles et des ouvrages exécutés par ces derniers dans un grand nombre d'établissements. La Belgique, le Brésil, l'Allemagne, la France, l'Italie, la Russie et la Turquie seront officiellement représentés. Une centaine de directeurs d'instituts d'aveugles, ont déjà envoyé leur adhésion (*Journal d'oculistique*).

CONCOURS POUR LES BOURSES DE DOCTORAT. — L'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de doctorat aura lieu, au siège des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie, le lundi 26 octobre 1885. Les registres d'inscription seront clos le samedi 17 octobre à quatre heures.

HÔPITAL CIVIL DE MUSTAPHA. *Concours pour trois places d'interne, dont une pour Douéra.* — Ce concours aura lieu le mardi 3 novembre prochain. Le registre d'inscription sera fermé le 2 novembre à 4 heures du soir — *Nota.* Bien que le concours soit annoncé pour trois places seulement, il se pourrait que le nombre des vacances devînt supérieur à ce chiffre. — *Concours pour neuf places d'interne préparateur en pharmacie.* Ce concours aura lieu le mardi 3 novembre, même date de clôture du registre. Même remarque relative au nombre des vacances. — *Concours pour sept places d'élèves externes :* aura lieu le lundi 9 novembre, à 1 heure de l'après-midi. Registre d'inscription fermé le 8 novembre, à 4 heures du soir. Il se pourrait également que le nombre des vacances augmentât.

Les internes en médecine ont 800 fr. (2e classe), et 1,200 fr. (1re classe), plus la nourriture et le logement. L'interne de Douéra reçoit 1,000 fr. Les internes en pharmacie sont nommés pour trois ans, les provisoires pour un an. Le traitement des premiers est de 1,000 fr., celui des seconds est de 800 fr. Les externes sont nommés pour deux ans, ils ont une indemnité de 20 fr. par mois.

TRAITEMENT DE RÉFORME DES ÉLÈVES DU SERVICE DE SANTÉ. — Il résulte d'un jugement du Conseil d'Etat que le temps passé par les élèves du service de santé, soit dans les hôpitaux militaires, soit à l'Ecole du Val-de-Grace, compte dans les cinq ans de service exigés par la loi de recrutement pour obtenir la solde temporaire de réforme (*Le Droit*).

LE BACCALAURÉAT. — Le Conseil académique de Paris a émis l'avis que le baccalauréat ès sciences restreint, exigé pour les aspirants au doctorat en médecine, soit supprimé et remplacé par un baccalauréat ès sciences physiques et naturelles, qui n'aurait aucune portée littéraire, mais auquel on ne pourrait se présenter qu'après avoir passé le baccalauréat ès lettres ou ès sciences.

FACULTÉ DES SCIENCES DE PARIS. — M. MILNE-EDWARDS, doyen admis sur sa demande, à faire valoir ses droits à une pension de retraite, est nommé doyen honoraire. M. MILNE-EDWARDS, professeur de zoologie, anatomie et physiologie comparée, est nommé professeur honoraire. — M. JAMIN, professeur de physique, est nommé, pour trois ans, doyen, en remplacement de M. Milne-Edwards.

HOSPICES CIVILS DE BESANÇON. — Un concours pour un emploi de chef des cliniques de l'hôpital Saint-Jacques sera ouvert à Besançon, le mercredi 5 août 1885, à 9 heures du matin. Le jury sera composé des médecins et chirurgiens de l'établissement et d'un membre de la commission administrative, président. Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de l'hôpital Saint-Jacques, à Besançon ; le registre d'inscription sera clos le lundi 3 aout, à 4 heures du soir.

LA LOI SUR LES SYNDICATS PROFESSIONNELS. — La chambre criminelle de la Cour de cassation, présidée par M. le président Roujat a décidé, au rapport de M. le conseiller Poulet, et contrairement aux conclusions de M. l'avocat général Rousselier, que les seuls syndicats professionnels autorisés et reconnus par la loi du 21 mars 1884, sont ceux qui ont pour objet l'étude et la défense d'intérêts économiques, industriels, commerciaux ou agricoles, et que cette loi a, par suite, exclu les syndicats professionnels médicaux. On voit que la Cour de cassation a confirmé la jurisprudence du tribunal de Domfront et de la Cour de Caen.

Voici le texte d'une pétition dont le *Concours médical* a pris l'initiative et sur laquelle nous appelons l'attention de nos lecteurs : A MM. les sénateurs et députés.

Messieurs, la Cour de Cassation vient de juger que le *texte* de la loi du 21 mars 1884, sur les associations professionnelles syndicales, ne permet pas à la profession médicale d'en invoquer le bénéfice.

Convaincu par les déclarations des rapporteurs de la loi, par celles du gouvernement et par les opinions qu'ont exprimées un très grand nombre d'entre vous, que la loi est applicable à la profession dont je fais partie, je viens vous demander d'appuyer, de votre vote, la mise à l'ordre du jour immédiat d'un article additionnel qui fixera la magistrature sur l'esprit et la véritable portée de la loi libérale qui a honoré votre législature et qui ne peut être mieux interprétée que par ses auteurs. Dans cet espoir, je vous prie d'agréer, MM. les Sénateurs et Députés, l'expression de mes sentiments respectueux. — Mettre la signature et l'adresse. Faire légaliser.

NOUVEAU JOURNAL. — Nous recevons le premier numéro de la *Revista de laringologia, otologia y rinologia,* revue mensuelle publiée à Barcelone, par le Dr José Roquer Casadesus avec la collaboration des Drs Molist et Verdos.

NÉCROLOGIE. — Les Drs CALATAYUD (de Muro), CERVELLERA (de Masamagrel), BERNARD QUIROS (de Jumilla), MIRALLES (de Valence), FOS (de Succo), morts du choléra. — Le Dr Léon JOUBERT, député d'Indre-et-Loire.

ON DEMANDE un jeune docteur dans un beau chef-lieu de canton du département de la *Somme,* à 4 kilomètres du chemin de fer. Subvention communale de 900 fr. Bonne et riche clientèle, assurée pour 10 communes. S'adresser pour renseignements à M. le maire d'Hallencourt (Somme).

L'*Année médicale,* 1884. — The publishing firm of Plon et Cie, in Paris, has issued the seventh volume of the *Année médicale* (1884). This excellent little year-book of medicine is one of the most able and useful summaries of progress in the medical science with which we are acquainted. It is under the management of Dr. Bourneville, the chief editor of the *Progrès médical,* with a large staff. — (*The British medical journal*).

Thèses soutenues à la Faculté de Médecine.

Lundi 27. — M. Saint-Agnes. Contribution à l'étude de l'étiologie de la luxation dans la coxalgie. — M. Riboul. Contribution à l'étude du traitement du tétanos. — M. Béraud. De l'occlusion intestinale. — M. Arnaud. De l'hémiatrophie de la langue dans le tabes dorsal ataxique. — M. Genestoux. Contribution à l'étude de l'urémie expérimentale. — M. Martinelli. De la pleurésie interlobaire aiguë. — M. Cornet. Contribution à l'étude des anévrysmes de l'artère pulmonaire. — M. Rabion. Recueil d'observations de souffle extra-cardiaque. — M. Fauchon. Contribution à l'étude du mal perforant — M. Touchet. Des conjonctivites rhumatismales aiguës. — M. Fouchard. Du gliome de la rétine. — M. Issoulier. Traitement de l'entropion par le thermo-cautère. — M. Galland. Contribution à l'étude des corps étrangers de l'uretère. — M. Rollin. Contribution à l'étude de l'hématurie dans les néoplasmes de la vessie. — *Mardi* 28. — M. Simonpietri. Note à propos d'un cas d'anévrysme de l'aorte abdominale. — M. Bonfils. Paludisme et puerpéralité. — M. Sidky. Des modifications récentes de la périnéorrhaphie. — M. Feuillade. Contri-

13e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. II. N° 31 BUREAUX : RUE DES CARMES, 14 1er AOUT 1885.

Le Progrès Médical

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE

Note pour servir à l'étude des altérations musculaires consécutives aux fractures;

Par S. DUPLAY, professeur à la Faculté de médecine, et CLADO, interne des hôpitaux.

Les résultats anatomo-pathologiques et histologiques qui vont suivre ont été le point de départ de recherches sur les atrophies musculaires chirurgicales, que nous poursuivons depuis plus de quatre mois.

L'observation suivante présente un type complet de ces altérations. Nous ferons ultérieurement connaître les résultats d'un certain nombre d'autopsies, en y joignant un résumé des expériences que nous avons instituées sur les animaux dans le laboratoire de M. le professeur Duplay à la Faculté.

Le nommé Flon Alexandre, âgé de 59 ans, tambour, est entré à l'hôpital Lariboisière le 2 février 1885, pour une fracture articulaire compliquée de l'extrémité inférieure du fémur. Ce malade, couché au n° 7 de la salle Saint-Ferdinand, après avoir suppuré pendant quatre mois environ, est mort le 17 avril 1885.

Autopsie le 19 avril. — L'examen des parties a été fait de la superficie vers la profondeur, couche par couche. Pour la commodité de la description, nous allons commencer l'histoire des lésions par la fracture.

La fracture siège à droite, au-dessus des condyles fémoraux. Un trait vertical sépare ceux-ci et pénètre dans l'articulation. Les deux condyles sont réunis par un cal solide.

Dans l'intérieur de l'articulation nous constatons un peu d'arthrite, surtout prononcée au niveau du cal. Du côté des plateaux tibiaux, la lésion est peu marquée. Elle prédomine sur les condyles.

Ce sont surtout les parties périarticulaires qui sont altérées. En effet, le tissu fibreux est extrêmement épais et dense, et masque, par des productions nouvelles, les gros ligaments de l'articulation qui ont pu être disséqués, mais avec peine.

Le trait de la fracture sus-condylienne est oblique en bas et en avant. Le fragment supérieur est taillé très obliquement en biseau aux dépens de sa face postérieure.

Les deux condyles réunis par leur cal sont entraînés derrière le fragment supérieur et remontent à une hauteur d'environ 6 centimètres. Il va sans dire que la jambe a suivi ce mouvement d'ascension.

A cet endroit, les muscles sont considérablement altérés. Tous sont réduits à leur extrémité inférieure à une même membrane fibreuse, qui adhère au fémur pour le triceps, et aux condyles pour les muscles postérieurs. Avec un peu d'attention on réussit néanmoins à retrouver la continuité des muscles postérieurs jusqu'au niveau du tibia et du péroné.

Nous nous occuperons bientôt des muscles de la jambe.

La rotule, dont la face articulaire est très altérée, se trouve située sur le condyle externe.

Nous ne trouvons aucune trace de consolidation entre les fragments (condyles réunis et corps du fémur).

Autour des fragments et entre eux, se trouve un foyer purulent, qui décolle les muscles en arrière. Ce foyer remonte à 8 centimètres environ du trait de la fracture.

Troubles trophiques. — Peau. — La peau du côté droit (malade) est un peu plus épaisse que celle qui recouvre la cuisse gauche. Si on comprime pendant quelque temps les deux faces de la peau entre les doigts, on voit que son épaisseur reste la même. Par conséquent, il ne peut pas être question d'œdème.

La face profonde de la peau, au lieu d'être occupée par une couche irrégulière de lobules graisseux, comme cela a lieu normalement (côté gauche), est doublée d'une nappe graisseuse régulière, épaisse, qui envahit le derme même, et qui se continue avec la couche graisseuse sous-cutanée.

Aponévrose. — L'aponévrose du côté malade présente une altération très remarquable. Elle est notablement plus épaisse que celle du côté gauche. Cette épaisseur est uniforme sur toute l'étendue de la cuisse. Elle dépasse de beaucoup l'épaisseur du côté opposé.

Pour nous rendre compte de cet épaississement, nous avons fait une dizaine de plis à l'aponévrose malade, puis nous avons taillé deux lanières parallèles, comprenant tous les feuillets, et, après les avoir comprimés légèrement entre les doigts, nous avons comparé l'épaisseur de ces différents feuillets réunis à l'épaisseur de l'aponévrose du côté sain préparée de la même façon. Cette dernière s'est trouvée posséder environ 1/3 en moins d'épaisseur.

En certains endroits, l'aponévrose épaissie adhère fortement aux muscles sous-jacents, alors que du côté sain le tissu cellulaire lâche sous-aponévrotique en permet le décollement facile.

Muscles. — Quand on examine les muscles, on est tout d'abord frappé d'une diminution considérable de leur volume. D'une façon générale, les muscles du côté fracturé sont diminués d'au moins 1/3, si on les compare à ceux du côté gauche.

Nous les avons disséqués minutieusement des deux côtés, et nous les avons mesurés et comparés.

Couleur — A gauche, coloration normale ; peut-être un peu de pâleur. A droite, les muscles sont d'une couleur feuille morte. Cette coloration est uniforme. On la retrouve en avant comme en arrière, sur toute l'étendue de la masse musculaire de la cuisse.

Consistance. — Elle est considérablement diminuée à droite, où le tissu musculaire est mou et presque diffluent, si bien qu'il faut de grands ménagements pour en enlever une partie sans trop dilacérer l'organe.

En examinant de près les muscles altérés, on voit çà et là des amas linéaires de tissu graisseux qui dessinent le périmysium interne, espèces de nervures jaunâtres séparant les faisceaux musculaires les uns des autres.

Ces amas sont très évidents vers les bords latéraux du droit antérieur.

Droit antérieur. — Ce muscle étant celui qui, en clinique, paraît le plus atteint dans les fractures articulaires, notre attention a été portée principalement de son côté.

Mensurations. — Les mesures ont été prises à la partie moyenne du muscle.

Largeur.	à droite. . .	3 centimètres.
	à gauche . .	5 —
Epaisseur.	à droite. . .	8 millimètres.
	à gauche . .	2 centimètres.

On voit en somme que le muscle est diminué de volume surtout quant à son épaisseur.

Le vaste interne et le vaste externe sont également atrophiés du côté fracturé. A leur partie inférieure ils sont complètement aplatis, amincis, et adhèrent encore au tendon du droit antérieur. Tous les trois réunis viennent se fixer au moyen d'adhérences fibreuses, sur l'extrémité inférieure de la face antérieure du fragment supérieur. Ils n'offrent plus aucun rapport avec la rotule.

Les autres muscles de la cuisse malade sont aussi en grande partie atrophiés. Ils présentent également des traînées graisseuses interfasciculaires. La couleur et l'émaciation relatives

nous ont semblé à peu près aussi marquées qu'au niveau du triceps crural.

Les adducteurs sont altérés de la même façon. Quant aux muscles de la région postérieure de la cuisse, nous n'en pouvons rien dire de précis. En effet, par suite de la luxation du tibia, ils sont tout à fait déviés de leurs rapports normaux, et altérés dans leur forme.

En résumé, à première vue, ici comme en clinique, il semble que, parmi les muscles de la cuisse, le plus malade est le droit antérieur du triceps. Pourtant, il nous paraît que les autres muscles de la cuisse sont également altérés, et au même degré.

Les considérations anatomiques qui suivent, relatives à la disposition des fibres musculaires du droit antérieur, expliquent cette apparence.

On sait que le droit antérieur est pourvu de deux aponévroses d'insertion, l'une antérieure descendant très bas et l'autre postérieure remontant assez haut. Les fibres musculaires comprises entre ces deux aponévroses sont peu nombreuses, comparées à celles d'un autre muscle de la cuisse. Si donc l'atrophie vient à les frapper, la diminution de volume qui en résultera, paraîtra beaucoup plus considérable que pour le corps d'un adducteur (par exemple) dont toute la masse est formée par de la fibre musculaire.

Jambe. Au niveau de la jambe, il y a egalement une différence notable de coloration et de volume entre le côté droit et le côté gauche, mais elle n'est nullement comparable aux altérations musculaires de la cuisse.

Les autres parties constituantes de la jambe n'offrent rien à noter.

Organes. Appareil circulatoire. Un peu d'athérôme de la valvule mitrale, de l'aorte à son origine au-dessus des coronaires et au niveau de la crosse. Le système artériel paraît sain partout ailleurs.

Reins. Ils ne semblent ni sclérosés, ni diminués de volume, mais ils présentent quelques petits kystes à leur surface.

Foie. Un peu graisseux. Il est occupé dans sa moitié gauche par un kyste hydatique du volume du poing, avec nombreuses hydatides-filles.

Poumons. Congestionnés dans toute leur étendue. Œdème prédominant vers la base. Splénisation égale des deux côtés et occupant 4 travers de doigt en étendue.

Voies digestives. Centres nerveux. Rien.

Des fragments de muscle ont été pris, d'une part à la partie supérieure des droits antérieurs des deux côtés, à leur partie moyenne et à leur partie inférieure, loin du foyer de suppuration : d'autre part au niveau du vaste interne, du vaste externe, des adducteurs et du biceps du bras (comme terme de comparaison).

Nous avons pris également le tronc du crural et les filets intra-musculaires du triceps.

Les examens histologiques ont été faits sur des dissociations et des coupes. Ils ont été répétés plusieurs fois. Nous avons eu soin d'examiner simultanément les muscles sains (côté gauche) et les muscles malades (côté droit), toujours à la même hauteur et au même point.

Les coupes ont été durcies dans la gomme et l'alcool. Quelques-unes dans l'acide osmique.

Les liquides colorants dont nous nous sommes servis plus spécialement sont : le picro-carmin, l'acide osmique, le carmin aluné, le violet de méthyle en solution aqueuse très légère, etc.

Examen. Droit antérieur gauche. (Côté sain.)

Le tissu conjonctif périfasciculaire semble normal. Les vaisseaux qu'on y rencontre présentent un léger épaississement de leur tunique externe. Quelques-uns sont entourés de rares cellules graisseuses.

Le faisceau musculaire paraît normal quant au volume et à la forme. Les faisceaux primitifs sont parfaitement rectilignes, juxtaposés, avec une striation normale dans toute leur étendue. Leur volume est resté à peu près intact. Çà et là on rencontre des fibres dont l'épaisseur est de beaucoup inférieure à celle de leurs voisines ; mais la fibre est grêle dans toute sa longueur, et l'on sait que le volume des fibres musculaires est variable à l'état normal. Les noyaux du sarcolemme ne sont pas proliférés. Le picro-carmin colore uniformément la coupe.

En résumé, le muscle du côté gauche paraît intact.

Muscles malades. Cuisse droite (côté de la fracture).

Droit antérieur. Coupe comprenant toute l'épaisseur du muscle (tendon et faisceaux musculaires).

Faible grossissement (0 et 2 Seibert). Ce qui frappe à première vue, c'est une diminution énorme du volume des faisceaux musculaires surtout lorsqu'on les compare à ceux du droit antérieur sain. Ils sont diminués des trois quarts au moins et les cloisons conjonctives qui les séparent atteignent par places le volume des faisceaux musculaires eux-mêmes.

Dans les cloisons périfasciculaires et interfasciculaires, on trouve de nombreux vaisseaux à parois très épaisses. Les vaisseaux envoient des ramifications multiples dans l'intérieur des faisceaux primitifs, ramifications qu'on peut suivre, même avec un faible grossissement, tellement leurs parois sont épaisses.

Dans le perimysium, on trouve des cellules graisseuses en grande quantité. Ces cellules semblent localisées d'abord autour du vaisseau ; de là elles envahissent le tissu interfasciculaire et s'avancent même dans l'épaisseur des faisceaux musculaires qu'elles tendent à dissocier. A l'endroit où cet envahissement a lieu, le faisceau semble bifurqué ou trifurqué.

C'est grâce à la présence de cette couche graisseuse que les cloisons interfasciculaires présentent une épaisseur beaucoup plus considérable qu'à l'état normal. Cette couche se colore en noir par l'acide osmique.

Au centre des faisceaux musculaires, on voit également des traînées de cellules graisseuses qui séparent les fibres primitives entre elles. Les traînées graisseuses *intrafasciculaires* se retrouvent dans plusieurs faisceaux musculaires. Il en est qui sont indépendantes du tissu graisseux périfasciculaire, il en est d'autres, au contraire, qui se continuent avec lui. Dans tous les cas, ce tissu intrafasciculaire accompagne toujours un ou plusieurs vaisseaux qui se trouvent situés à son centre.

En résumé : *A l'endroit où se trouve du tissu graisseux, on peut être sûr de rencontrer un vaisseau, toujours assez gros et à parois épaisses.*

Au point où les faisceaux musculaires s'attachent sur le tendon, on voit également, et nous insistons sur ce point, de nombreux amas de tissu graisseux qui séparent la fibre musculaire du tendon.

En somme, diminution du volume du faisceau musculaire, épaississement considérable des couches interfasciculaires, vascularisation inter et intra-fasciculaire extrêmement abondante et dégénérescence graisseuse localisée autour des vaisseaux, telles sont les lésions qu'on constate à un faible grossissement. M. le professeur Duplay fait remarquer qu'il s'agit ici d'un processus irritatif qui se substitue au tissu normal et non point d'une atrophie simple.

Examen à un fort grossissement. (O-VI, Seibert). Espace périfasciculaire : on y voit des bandes de tissu conjonctif colorées en rose par le picro-carminate au milieu desquelles se trouvent les vaisseaux précédemment notés, entourés de cellules graisseuses. On y trouve quelques noyaux du tissu conjonctif mais seulement autour des petits vaisseaux.

Faisceaux primitifs (ou fibres primitives). La diminution énorme de leur volume est surtout frappante. Chacun, pris individuellement et comparé au côté sain est diminué d'au moins 3/4. En même temps ils sont irréguliers, ici extrêmement minces, et plus loin relativement épais, de sorte que la fibre offre un aspect *irrégulièrement* moniliforme.

La striation est notablement modifiée. En certains endroits

elle fait absolument defaut ; en d'autres points elle est encore un peu apparente, mais jamais comme à l'état normal.

Par places la fibre musculaire offre un aspect vitreux. Il est à remarquer que ces différentes altérations ne sont pas localisées individuellement dans chaque fibre musculaire, mais irrégulièrement disséminées sur chacune d'elles.

Le myolemme se trouve souvent écarté des fibrilles. Ce phénomène est beaucoup plus apparent dans les dissociations ; nous allons y revenir dans un instant.

Un autre phénomène non moins saillant, est la prolifération des noyaux du sarcolemme. Ceux-ci couvrent presque entièrement la fibre musculaire et rendent son examen pour ainsi dire impossible, surtout quand on les fait apparaître par un artifice quelconque et particulièrement par le carmin aluné. Sur des coupes transversales du muscle, les noyaux dessinent élégamment le faisceau musculaire, surtout lorsqu'il est peu atteint.

En certains endroits la fibre musculaire a disparu. Elle a fait place à l'envahissement nucléaire qui remplit le myolemme.

Dans certaines parties du muscle (près de la fracture, par exemple), on ne voit que des noyaux au milieu d'un tissu conjonctif à fibrilles fines, et çà et là, d'une façon très discrète, des tronçons de fibres musculaires qui attestent par leur présence l'existence antérieure d'un faisceau musculaire.

Les noyaux ainsi proliférés sont allongés et beaucoup plus gros qu'à l'état normal.

Dans toutes les fibres musculaires on trouve de fines *granulations graisseuses* en plus ou moins grande abondance. Ces granulations se colorent en noir par l'acide osmique et disparaissent entièrement sur les coupes traitées par l'éther.

Lorsqu'elles sont nombreuses, (ce qui est ici le cas habituel) elles dessinent la fibre musculaire dans toute son étendue.

En général, les altérations précédemment notées, et surtout l'envahissement par les granulations graisseuses, sont d'autant plus prononcées qu'on examine la fibre plus près du tissu interfasciculaire. De sorte qu'au centre du faisceau, l'altération, bien que très prononcée, est moindre qu'à la périphérie.

Le tissu conjonctif qui sépare les fibres musculaires intrafasciculaires est également épaissi. Il est constitué par des fibrilles très fines.

Vaisseaux. Nous avons déjà dit que la vascularisation du muscle était très abondante. Autour du faisceau, de même que dans son intérieur, on trouve des vaisseaux volumineux à parois extrêmement épaisses. Ils sont atteints d'endopériartérite. Leur couche conjonctive est très épaisse et contient des noyaux, surtout nombreux autour des petits vaisseaux, et leur couche interne, atteinte d'endartérite, présente une prolifération évidente donnant naissance à des bourgeons qui tendent à oblitérer la cavité du vaisseau.

Les capillaires sont très nombreux autour des fibres ; quelques-uns sont très volumineux. Tous sont remplis de globules, grâce auxquels on les suit facilement.

Nerfs. Ils ne présentent rien d'anormal. Dans les coupes, dans les dissociations qui ont porté sur les filets pris dans le droit antérieur, ou à distance, sur le tronc du crural, nous n'avons trouvé aucune altération.

Les coupes du droit antérieur ont été faites à ses parties *supérieure, moyenne* et *inférieure.* Les altérations sont tellement prononcées en bas, qu'on a de la peine à reconnaître la structure du muscle au milieu d'un amas de tissu graisseux, de tissu conjonctif et de noyaux.

Le vaste interne et les adducteurs ont été également examinés. Les altérations nous ont paru les mêmes, sauf peut-être en ce qui regarde l'écartement des faisceaux musculaires, qui est ici un peu moindre.

En résumé : diminution considérable de l'épaisseur de la fibre musculaire, plissement et écartement du myolemme et prolifération de ses noyaux, altération de la striation de la fibre et dégénérescence granulo-graisseuse ; de plus, vascularisation toujours prononcée, prédominante autour et dans l'épaisseur du faisceau musculaire, telles sont les lésions que nous révèlent les forts grossissements.

Dissociation. D'une façon générale, les phénomènes que nous avons indiqués sont encore plus apparents que sur les coupes. Le plissement et l'écartement du myolemme, ainsi que l'envahissement du tissu conjonctif intrafasciculaire, se présentent avec des caractères très accentués. Ce mode de préparation permet en outre de suivre au loin sur les fibres musculaires les capillaires dilatés et les artérioles à parois épaissies.

Nous ne voudrions pas prématurément conclure, et, à l'aide de cette seule observation, présenter une interprétation pathogénique des atrophies chirurgicales. Aussi bien l'étude que nous poursuivons ne comprend-elle pas seulement les atrophies musculaires consécutives aux fractures, ainsi qu'on pourrait le croire par la lecture de ce cas particulier. Le sujet étant plus étendu, nous ne donnerons cette interprétation que lorsque notre travail aura été complètement exposé.

PATHOLOGIE EXTERNE

Exostoses congénitales symétriques ;

Par le Dr **REULOS**.

Les observations d'exostoses multiples, symétriques (exostoses ostéogéniques de Broca et Soulier) sont loin d'être rares (1). Si actuellement les auteurs sont d'accord sur le mode de leur développement, il n'en est pas de même de leur étiologie. Parmi les cas publiés, les uns ont été attribués, soit au rachitisme, soit à un processus inflammatoire spécial et chronique, les autres à la surabondance du germe qui doit plus tard contribuer à la formation du tissu osseux, ou encore à son trouble de nutrition de cause inconnue. Toutes ces hypothèses ont pour elles un certain nombre de faits. Dans beaubeaucoup d'observations, l'*hérédité* joue un rôle assez important, mais jusqu'ici nous n'avons pas encore rencontré d'exemple aussi probant que celui qui fait l'objet de l'observation suivante :

Mme X..., née R..., morte à un âge avancé, 79 ans, d'une bonne santé habituelle, au dire de sa fille, était née avec des exostoses siégeant symétriquement au voisinage des articulations fémoro-tibiales.

M. R..., frère de la précédente, décédé à 83 ans, avait, en naissant, des exostoses sur les membres inférieurs. Marié jeune, il eut trois fils, qui tous apportèrent en naissant des exostoses fémoro-tibiales. L'un d'eux avait les membres inférieurs tellement déformés par la présence de ces exostoses, qu'il ne marchait qu'avec peine.

Mme L..., fille unique de Mme X..., âgée aujourd'hui de 62 ans, bien portante, présente sur les tubérosités internes des tibias deux volumineuses exostoses qu'elle fait remonter à sa naissance. Mariée, elle a eu huit enfants, dont quatre vivants, sont nés avec des exostoses siégeant sur les membres inférieurs, à des hauteurs diverses et presque toutes symétriques.

L'aîné des fils, âgé de 37 ans, réformé pour exostoses multiples et volumineuses des jambes, s'est marié et a eu de son mariage deux filles, d'ailleurs bien portantes, qui présentaient, comme leur père, des exostoses congénitales siégeant symétriquement sur les extrémités des os qui concourent à former les articulations fémoro-tibiales.

Le second fils, âgé de 34 ans, que nous avons pu examiner à notre aise et qui nous a fourni sur sa famille les renseignements précédents, a été, comme son frère aîné, dis-

(1) On trouvera dans les *Comptes rendus du service des épileptiques et des enfants idiots de Bicêtre* (année 1882, p. 110 et 149) quelques renseignements bibliographiques sur ce sujet ([illegible] et Bricon : *Note sur les exostoses multiples*. Voir aussi *Progrès médical*, 1883.

pensé du service militaire pour des exostoses. Il jouit d'une bonne santé, a marché à 13 mois, il ne présente pas d'incurvation des os longs, sa dentition est régulière et sans érosions, son système musculaire est bien développé, ses articulations sont normalement conformées, enfin son aspect général est celui d'un homme agile et vigoureusement constitué. Pas de traces de diathèse rhumatismale, syphilitique ou autre. Les membres inférieurs seuls sont le siège des anomalies suivantes que nous allons essayer de décrire :

Fémur gauche.—En dehors et à quatre travers de doigts du condyle externe, nous constatons la présence d'une exostose ds la grosseur d'un œuf de poule, à grand diamètre vertical. Immédiatement au-dessus et un peu en arrière du condyle interne, nous trouvons une saillie osseuse de la grosseur d'une noix.

Fémur droit. — Sur cet os, les exostoses sont beaucoup moins développées que sur le gauche, cependant en déprimant les muscles nous constatons, à quelques centimètres au-dessus des condyles, deux petits tubercules osseux manifestement appréciables au toucher.

Tibia gauche. — Sur la tubérosité interne du tibia dont elle occupe la hauteur, se trouve une exostose du volume d'un gros œuf, sur laquelle exostose se réfléchit le tendon de la patte-d'oie.

Péroné gauche. — A peu près à la même hauteur, l'extrémité supérieure du péroné présente un renflement osseux de la grosseur d'un marron sur lequel vient s'implanter le tendon du biceps.

Tibia droit. — La tubérosité interne du tibia droit est complètement déformée par une exostose de 7 cent. de longueur sur 3 cent. de large, sur laquelle se réfléchit le tendon de la patte-d'oie, en produisant un craquement dans les mouvements de flexion et d'extension de la jambe sur la cuisse.

Péroné droit. — La tête du péroné est envahie par un gros tubercule bilobé sur lequel vient s'insérer le tendon du biceps après l'avoir légèrement contourné.

L. F..., fils du précédent, âgé de 7 ans, de bonne santé habituelle, élevé au sein, a marché à 11 mois, a des dents bien plantées, sans érosions, ne présente pas d'incurvation des os longs ni de traces de rachitisme, n'a jamais eu de rhumatismes ni de douleurs épiphysaires.

Sa mère raconte qu'après son accouchement, elle s'aperçut que son fils *avait des bosses osseuses* sur les membres inférieurs et qu'elle se consola bientôt de cette malformation, en pensant que cette difformité exempterait son enfant du service militaire, comme cela était arrivé pour son père et ses oncles,

L'enfant L. F..., nous indique lui-même sur le *fémur droit* deux exostoses pédiculées situées, la première audessus du condyle interne, à environ trois travers de doigts et faisant une forte saillie sous les téguments. La deuxième, un peu moins volumineuse, également pédiculée, est implantée directement sur la face externe du condyle externe.

Fémur gauche. — Une grosse exostose pédiculée, située à quatre travers de doigts au-dessus et en dehors du condyle externe. Immédiatement au-dessus et en dedans du condyle interne, une exostose plus petite que la précédente, implantée par une large base et appréciable seulement au toucher.

Tibia droit. — Une exostose volumineuse et mal limitée située sur la tubérosité interne.

Péroné droit. — Une exostose implantée sur la tête du péroné où elle fait un relief appréciable à la vue.

Tibia gauche. — Les déformations osseuses de la tubérosité interne sont moins sensibles que sur le tibia droit. Il en est de même pour le *péroné gauche* dont l'extrémité supérieure est à peine plus grosse qu'à l'état normal.

Thorax. — Au niveau des articulations chondro-sternales gauches des 5e et 9e côtes on trouve deux aiguilles osseuses faisant saillie sous la peau et longues d'environ 2 cent. 1/2. En passant à l'examen du côté droit, nous constatons par le toucher la présence de deux petites exostoses siégeant sur les points correspondants des 5e et 9e côtes.

Omoplates. — A la partie moyenne du bord interne des deux omoplates, le toucher révèle la présence de deux tubercules osseux hémisphériques et situés à peu près à la même hauteur.

Le troisième fils de Mme L..., âgé aujourd'hui de 24 ans, a été réformé comme ses deux frères, pour des exostoses volumineuses et symétriques des membres inférieurs.

Le quatrième enfant de Mme L... est une fille qui s'est mariée jeune et a eu onze enfants, dont quatre vivants portent, comme elle, des exostoses congénitales, symétriquement disposées et siégeant de préférence au voisinage des articulations fémoro-tibiales.

L'histoire de cette famille nous a paru digne d'intérêt d'abord, parce que, à défaut d'autres observations, elle suffirait pour établir d'une manière incontestable la transmission des exostoses par voie d'hérédité et ensuite parce qu'elle met en relief le caractère de l'exostose congénitale, et qu'elle nous donne aussi le moyen de distinguer l'exostose congénitale de l'exostose spécifique.

Ce caractère, c'est *la symétrie*, qui n'a pas fait défaut une fois sur un des membres des quatre générations dont nous avons rapporté l'histoire et qui s'est montrée, avec une constance telle, que le fait nous a été révélé tout d'abord par la famille.

Lors donc que l'on se trouvera en présence d'exostoses d'origine confuse ou suspecte, la disposition symétrique (1) de ces productions osseuses devra éloigner l'idée de spécificité et faire admettre la probabilité d'exostoses congénitales. Dans tous les cas, il sera toujours prudent de tenir compte de cet élément de diagnostic, si faible qu'il soit, avant d'instituer un traitement qui peut quelquefois avoir des conséquences graves.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

A propos de la discussion à l'Académie de médecine sur l'érysipèle (2);

Et maintenant que nous avons exposé à grands traits la discussion académique, qu'il nous soit permis d'insister sur quelques points nécessaires pour fixer les idées que cette discussion contradictoire a dû certainement troubler. De quoi s'agit-il d'abord ? de l'érysipèle ; mais nous l'avons vu, l'érysipèle est loin d'être univoque. Dans les cas simples, en effet, il se caractérise par une seule espèce d'organisme, ordinairement bénin, mais qui, surtout s'il évolue sur un terrain favorable, peut devenir d'une extrême gravité. Il existe en effet, en Allemagne, plusieurs faits d'inoculations expérimentales de cultures d'érysipèle qui se sont terminées par la mort ; le fait de Janicke est particulièrement probant. Voulant essayer l'action de l'érysipèle sur le cancer, Janicke inocule, le 20 mai 1884, à 11 heures du matin, à une femme portant un squirrhe du sein inopérable, une culture d'érysipèle sur la gélatine, faite par Fehleisen. Le soir même, frissons violents, élévation de la température, puis développement d'un érysipèle classique, si bien que la malade mourut le 24 au soir. Neis-

(1) Une exostose ostéogénique peut cependant, quoique rarement, être unique (voir thèse de Soulier : *Du parallélisme parfait entre le développement du squelette et celui de certaines exostoses*, 1881.)

(2) Voir le n° 29.

ser retrouva à l'autopsie les microbes de l'érysipèle qui s'étaient multipliés jusqu'à envahir la paroi costale (1). Le microbe de l'érysipèle isolé, à l'état de culture pure, peut donc reproduire la maladie et celle-ci peut être mortelle. On conçoit aussi que lorsque le coccus de l'érysipèle est mélangé à d'autres microorganismes, chaque microbe peut déterminer ses lésions propres et constituer un état pathologique mixte d'une bien plus grande gravité. On peut même admettre que les cas si divers de septicémies qu'on observait surtout autrefois en chirurgie, résultaient de ce mélange d'éléments infectieux divers auxquels se surajoutait souvent le coccus érysipélateux. Il est aussi une autre cause d'erreur qui contribue à jeter la confusion dans l'esprit lorsqu'on parle d'érysipèle, c'est l'analogie que présentent avec celui-ci certaines éruptions survenant dans nombre d'états infectieux; la septicémie gangréneuse en est une preuve. On sait, en effet, que dans cette maladie, ainsi que l'ont démontré Chauveau et Arloing (2), on rencontre toujours un bacille spécial, différant absolument de celui de l'érysipèle. Et pourtant l'analogie clinique est si grande que nombre de chirurgiens, dénommant cette maladie érysipèle bronzé, en ont fait une variété d'érysipèle. D'ailleurs on est encore loin d'être fixé sur cette différenciation; il serait peut-être bien difficile actuellement de classer exactement bien des cas de maladies infectieuses chirurgicales et il paraît bien probable que, quand les chirurgiens parlent de l'érysipèle, ils ont en vue des maladies fort diverses, de gravités absolument différentes et point du tout réductibles les unes aux autres. Telle semble donc être la conception que l'on doit se faire jusqu'à plus ample informé de l'érysipèle dit chirurgical; l'érysipèle médical semblant au contraire représenter l'érysipèle simple à *streptococcus erysipelatus* exclusivement.

Etant donc donné que l'érysipèle ou mieux les érysipèles sont des maladies infectieuses, comment se fait la contagion? Il faut bien le dire, dans ce cas comme pour bien d'autres infections, les modes de contamination sont si divers, si difficiles à démontrer expérimentalement, que sous peine d'entrer dans le domaine des hypothèses plus ou moins vraisemblables, il faut bien se limiter à l'analyse de deux procédés d'envahissement qui, d'ailleurs, ont presque seuls de l'importance en l'espèce : la contamination d'une part par l'air, d'autre part par les solides. Pour ce qui est de la première son existence est possible, probable en certains cas, mais infiniment moins qu'on ne le croit souvent. La contamination se fait le plus souvent ou bien par des liquides ou par les corps solides, soit que ceux-ci transportent avec eux des éléments infectieux qu'ils laissent tomber sur la plaie lorsqu'on les en approche, soit qu'ils déposent directement sur la plaie les microbes dont ils peuvent être porteurs. De la contamination par les liquides nous n'avons rien à dire, puisqu'il est entendu qu'il faut absolument se servir de *vrais* liquides antiseptiques, absolument stériles tels que le sublimé, l'acide phénique, etc., en solutions suffisamment concentrées. Le transport par les solides se fait bien plus facilement encore; on connaît l'expérience si simple qui consiste à passer la manche de son habit deux à trois fois au-dessus d'un ballon ouvert plein de bouillon stérilisé. Il est bien rare que le bouillon ne soit pas ensemencé de ce fait. Quant à l'infection de la plaie par les pièces du pansement, par les instruments ou les mains des chirurgiens, c'est là une des plus grandes causes vraisemblablement de la dissémination des maladies infectieuses. C'est qu'en effet il est extrêmement difficile de rendre aseptique tout ce qui doit toucher ou simplement approcher de la plaie. Si on s'en rapporte, en effet, aux expériences récentes de Gaertner (1), on voit que nombre de microorganismes ne résistent que quelques secondes (60 secondes pour le coccus de l'érysipèle) à une solution d'acide phénique à 1 °/₀ ou de sublimé au millième, lorsque le contact est intime, tandis qu'il fallut un lavage avec de l'acide phénique à 3 °/₀ pendant au moins 20 secondes pour détruire les germes dont expérimentalement on avait recouvert les poils de cobayes; ce même lavage est nécessaire pour rendre les mains aseptiques. D'après Kuemell, qui a communiqué des recherches analogues au même congrès (2), il faut au contraire pour désinfecter les instruments, soit une immersion dans l'acide phénique à 5 °/₀ pendant dix minutes, ou mieux encore le brossage des instruments qui sont ensuite frottés avec de l'ouate et de l'éther ou plus simplement le lavage au savon et à l'eau chaude, puis l'immersion pendant quelques instants dans une solution antiseptique de concentration moyenne.

C'est aussi ce dernier procédé qu'il y a lieu d'employer pour désinfecter les mains, sans que d'ailleurs on parvienne jamais à les rendre absolument aseptiques. Quoi qu'il en soit, il ressort de ces faits un enseignement : c'est que la vraie prophylaxie pour une plaie c'est d'y toucher le moins possible avec les mains, de ne mettre en contact avec elle ou même de n'en approcher que des objets stérilisés absolument, et ce résultat peut être obtenu en trempant les instruments au moment de s'en servir, pendant quelques instants, dans de la glycérine bouillante, moyen infaillible pour détruire absolument tous les germes. Il faut aussi rendre la plaie absolument aseptique par des lavages minutieux, suffisamment abondants et prolongés; ne se servir que de pièces de pansement rigoureusement stérilisées, n'ayant pu être infectées avant leur application sur la plaie et contenant une forte proportion de substances antiseptiques; enfin, une fois le pansement fait d'une façon rigoureusement antiseptique et hermétiquement clos, y toucher le plus rarement possible. C'est ainsi que font nombre de chirurgiens, et ils ont tout lieu de s'en louer.

Mais nous voici bien loin des propositions de M. Verneuil. Est-ce à dire que l'isolement des érysipélateux doive être laissé dans l'oubli? Non, certes; mais a-t-il l'importance qu'on a voulu lui donner? Nous avons vu que, pour l'érysipèle médical, les médecins de l'Académie étaient loin de demander des salles d'isolement; ils le considèrent en général comme bénin, et il le serait

(1) *Centralbl, f. Chir.*, n° 25, p. 401, 1884.
(2) *Bull. de l'Ac. de méd.*, tome XIII, n° 19, 1883.

(1) 14ᵉ Congrès de la Soc. allemande de chirurgie. Séance du 9 avril 1885. — Compte rendu in *Sem. médicale*, n° 17, p. 146.
(2) *Ibid.* V. *Semaine médicale*, n° 19, p. 165, 1885.

bien davantage encore, si on le traitait comme une maladie infectieuse, nécessitant un pansement antiseptique. Reste l'érysipèle dit chirurgical; or, nous avons vu que, sous cette dénomination, on enclave bien des états pathologiques divers, différents les uns des autres. Il faudrait donc, en bonne logique, exiger l'isolement de tous les malades porteurs de plaie et atteints de maladie infectieuse; mais alors ces isolés seraient nécessairement en commun, pouvant parfaitement se contagionner mutuellement, et il ne serait pas impossible de voir, par exemple, un simple érysipèle du cuir chevelu, infecté par son voisin atteint d'érysipèle bronzé et succomber au lieu de guérir, ainsi qu'il l'aurait fait dans une salle ordinaire. Bien plus, ce service des isolés constituerait un centre d'infection d'une réelle puissance; qu'on se rapporte aux faits cités par M. Hervieux et on verra que des malades, placés dans une salle évacuée, ont été infectés par les microbes laissés par les précédents occupants. Qu'on s'imagine ce que pourrait être une salle d'isolement à la Pitié, à l'Hôtel-Dieu ou à la Charité, forcément visitée, malgré toutes les précautions, par des personnes qui iraient transporter dans le reste de l'hôpital ou au dehors les germes recueillis dans la salle. Donc, de deux choses l'une : ou bien les pansements des malades isolés seraient tels qu'aucune contagion ne serait possible, alors à quoi bon les séparer des autres malades? ou bien ils seraient insuffisants, et dans ce cas il se créerait nécessairement un centre d'infection. Et d'ailleurs, avant de pratiquer cet isolement auquel peut, jusqu'à un certain point, suppléer une prophylaxie rigoureuse et des pansements soigneusement faits, il serait peut-être bon de songer à isoler d'autres malades presque aussi dangereux. N'y aurait-il pas un réel intérêt à mettre à part les pneumoniques qu'on voit parfois déterminer autour d'eux une vraie petite épidémie? Devrait-on recevoir dans les salles communes des rubéoliques et des scarlatineux? Faudrait-il garder les typhiques à côté des malades ordinaires, et les tuberculeux eux-mêmes ne devraient-ils pas être mis dans l'impossibilité de contagionner les autres malades? Que l'on prenne chacune de ces maladies et l'on verra que les cas de contagion à l'hôpital sont pour elles vraisemblablement au moins aussi fréquents que les cas de contagion érysipélateuse. Nous pensons donc que le vœu formulé par l'Académie, bon en soi, ne saurait aller seul, et qu'il aurait fallu en même temps demander l'isolement de plusieurs autres maladies médicales. En outre, cet isolement ne ferait pas disparaître une foule d'autres causes de contamination des plaies; on n'empêchera jamais les blessés qui peuvent marcher d'être en contact avec d'autres malades de médecine qui pourront leur transmettre les germes d'érysipèle; on ne saurait interdire l'entrée du service à nombre de gens, visiteurs ou personnel médical, qui, de par leurs occupations, peuvent être une cause active de transport de l'érysipèle; enfin, on ne pourra jamais empêcher les élèves qui suivent un service d'approcher des blessés et de se presser autour des plaies, au moment des pansements, et d'y répandre ainsi les germes variés que leurs vêtements ont pu recueillir auprès d'autres malades atteints de maladies infectieuses, à la salle d'autopsie ou à l'amphithéâtre.

En somme, on le voit, la vraie prophylaxie de l'érysipèle doit être surtout locale et consister à protéger les plaies saines contre l'envahissement extérieur, en même temps qu'on empêche toute plaie ou surface cutanée atteinte d'érysipèle de transmettre ses microbes au voisinage; on pourra ainsi supprimer, dans la mesure du possible, les érysipèles graves sans avoir recours à la protection des pouvoirs publics, en faisant de la *vraie* prophylaxie et des pansements *réellement* antiseptiques.

L. Capitan.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 20 juillet 1885. — Présidence de M. Bouley.

M. Vulpian fait une longue communication sur la *durée de l'excitabilité des régions excito-motrices du cerveau proprement dit après la mort.* Cette excitabilité ne survit, chez le chien adulte, que très peu de temps à l'arrêt de la circulation artérielle; le plus souvent elle ne peut plus être mise en jeu 45 secondes après la cessation du pouls crural. Quand on a cru observer une survie plus longue, on a pris pour des effets de l'excitation du cerveau des contractions dues à l'électrisation directe, par courants pénétrants ou dérivés, des nerfs et des muscles en rapport de voisinage avec le cerveau. Les contractions que l'on provoque, en excitant l'un des lobes cérébraux quelques minutes après la mort, n'ont jamais lieu dans les membres : elles sont toujours bornées aux muscles de la face et du cou. Si le courant faradique employé n'est pas d'une intensité excessive, ces contractions sont toujours limitées au côté faradisé.

M. Vulpian rapporte deux expériences dans lesquelles la question d'excitabilité n'est plus en cause. 1° Sur un chien, quelques minutes après la cessation du pouls crural, on enlève rapidement l'encéphale, en sectionnant la moelle épinière en arrière du bulbe et en coupant tous les nerfs crâniens. Après avoir laissé l'encéphale pendant quelques instants sur la table d'expérience, on le remet avec soin sur la base du crâne. On fait passer un courant assez intense sur la surface d'un des lobes cérébraux; des contractions se produisent dans le muscle temporal et les muscles du cou du côté correspondant au lobe cérébral électrisé.

2° Après avoir enlevé l'encéphale, on place sur la base du crâne une éponge mouillée et un peu comprimée. Lorsqu'on fait passer un courant faradique par les excitateurs appliqués à la surface de cette éponge, on provoque des mouvements dans le muscle temporal ou dans les muscles du cou, du côté correspondant aux points électrisés.

M. Gosselin donne lecture de la note suivante: « La commission de l'Académie des Sciences, chargée d'examiner les titres des candidats au prix Bréant, déclare, en ce qui touche les travaux de M. Ferran, qu'il lui est indispensable, avant tout examen, d'avoir à sa disposition les statistiques officielles et complètes, relatives aux inoculations déjà pratiquées par ce médecin. Elle exprime, en conséquence, le vœu formel que ces statistiques soient adressés à l'Académie le plus tôt possible ».

M. Dumontpallier lit un mémoire sur *l'action vasomotrice de la suggestion chez les hystériques hypnotisables.* Dans des circonstances déterminées, la suggestion peut produire une modification vaso-motrice, caractérisée par une élévation de température de plusieurs degrés centigrades, et cela pour des régions limitées à volonté.

MM. A. Mairet, Pilatte et Combemalle envoient une note sur l'*action des antiseptiques sur les organismes supérieurs.* L'acide phénique fait mourir les chiens quand il est injecté dans les veines à la dose de 0 gr., 15 par kilogramme d'animal. Les symptômes sont ceux qui ont été décrits par MM. Paul Bert et Jolyet. L'acide phénique apparaît rapidement dans la salive. La résorcine est plus

toxique que l'acide phénique: elle amène un plus fort abaissement de température.

M. Paul Bert commmunique les résultats des expériences que M. P. Regnard et P. Loye ont faites à Troyes sur un supplicié, et que nous avons rapportées dans notre dernier numéro. Il fait suivre cette communication des observations suivantes: Il est d'avis que les expériences sur les décapités ne peuvent servir à rien au point de vue de la physiologie générale; un chien ou un lapin donnent des renseignements plus précis. Elles permettent cependant de résoudre un certain nombre de problèmes physiologiques spéciaux à l'homme : c'est à cet ordre de travaux que se rapporte la note qu'il présente. Mais il est un autre ordre de recherches que M. Paul Bert blâme énergiquement: il s'agit des injections de sang faites dans la tête du supplicié, en vue de conserver ou de rappeler la sensibilité et la conscience. Il est peu probable qu'une telle expérience réussisse ; mais dans tous les cas, on n'a pas le droit de la tenter. Si elle réussissait elle infligerait au malheureux décapité la plus épouvantable des tortures morales et physiques. La loi est d'accord avec la conscience pour interdire de semblables recherches.

M. Soret fait connaître un *nouveau procédé pour déterminer, à l'aide de la photographie, la trajectoire d'un point du corps humain, pendant les mouvements de locomotion.*

M. Charpentier adresse une nouvelle note *sur la perception des couleurs.* La lumière produit sur l'appareil nerveux de l'œil deux actions distinctes: l'une proportionnelle à la force vive lumineuse, l'autre, dépendant à la fois de la force vive et de la réfrangibilité: la notion de couleur dépend probablement de la composition des deux sortes de vibrations nerveuses suscitées par cette double excitation. Paul Loye.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 25 juillet 1885. — Présidence de M. d'Arsonval.

MM. Pouchet et Beauregard, qui ont étudié le développement des *fanons de la baleine*, ont constaté que ces organes sont des papilles flabelliformes et n'ont aucune analogie avec les poils, ainsi que Blainville l'avait avancé.

M. Bloch a fait des recherches sur l'atrophie du prépuce dans la race juive. Sur 4,799 cas, on a trouvé 2 cas 0/0 d'atrophie simple et 1 cas par 500 d'absence complète. D'autre part, les livres d'anatomie indiquent que ces atrophies existent également en dehors des Juifs. Il faudrait faire une contre-enquête. Il serait à souhaiter, d'ailleurs, que le prépuce s'atrophiât complètement, car avec lui disparaîtrait cette absurde question de la circoncision, qui cause de nombreux accidents et même la mort. En outre, elle produit un stigmate ineffaçable chez un être inconscient, qui embrasse pour ainsi dire de force une religion à laquelle il ne croira peut-être pas ultérieurement.

M. Larcher connaît un certain nombre de familles juives où à la naissance d'un enfant le médecin est consulté. Si le prépuce est mal conformé, on opère; s'il est bien conformé, on le laisse en place; mais, pour obéir aux rites, on fait en le piquant un simulacre d'opération.

M. Ch. Féré montre des tracés dynamographiques destinés à mettre en lumière les modifications de la forme de la contraction sous l'influence de la fatigue. Un sujet normal fatigué donne des contractions qui ont exactement la même forme que celles que présentent un certain nombre d'hystériques.

M. Clado a fait, avec M. Duplay, de nombreuses recherches et expériences sur les *atrophies musculaires chirurgicales.* (Voir p. 69).

M. Dumontpallier remet une note de M. Chatin sur la *reviviscence de l'ankylostome duodénal;* une note de M. Grasset sur l'*état troisième des hystériques hypnotisables.*

M. Laborde a, avec M. Quinquaud, injecté de l'eau oxygénée dans les veines d'un animal, partant de cette idée que ces injections pourraient être très utiles dans les affections parasitaires. On peut injecter jusqu'à 1,000 à 1,200 cent. cubes d'O en volume dans les veines d'un chien de 14 kilogr. Il survient une anesthésie généralisée, le cœur se ralentit. A dose toxique, il y a destruction de l'hémoglobine et formation d'hématine.

M. Regnard a, il y a déjà plusieurs années, fait de semblables injections, mais il n'a jamais réussi qu'à tuer le chien en expérience. Aussitôt qu'on mélange de l'eau oxygénée avec du sang, celle-ci se décompose et le sang devient mousseux. Aussi les animaux meurent-ils avec des embolies gazeuses multiples, fait que M. Laborde dit n'avoir jamais observé.

MM. Laborde et Gley rapportent les résultats de leurs expériences sur le dernier supplicié dont ils ont eu le corps quinze minutes après l'exécution. Cet homme qui, depuis le moment où on lui avait annoncé qu'il fallait mourir, était entré dans un état d'exaltation extraordinaire, ne présentait après la mort aucune rigidité cadavérique. Le réflexe rotulien persistait de même que le réflexe oculo-pupillaire. L'excitation du noyau de l'hypoglose donna lieu à des mouvements de la langue. L'excitabilité des circonvolutions cérébrales avait disparu; le cœur était contracté et vide de sang.

MM. P. Marie et Azoulay communiquent le résultat de recherches faites, dans le service de M. Charcot, sur le temps de réaction personnelle chez les hypnotiques dans l'état de suggestion et par rapport à la durée de celle-ci. Dans leurs expériences, ce temps de réaction personnelle est celui qui s'écoule entre l'instant où une bande blanche fixée sur le cylindre de Marey passe devant la lunette dans laquelle regarde la malade et l'instant où s'inscrit un signal électrique donné par la malade et indiquant qu'elle vient de voir cette bande blanche; à l'état de veille chez cette hystérique, le temps de réaction personnelle était de 0 seconde,18. — Si au lieu d'employer une bande blanche réelle, on donnait à la malade la suggestion que sur un cylindre entièrement noirci, il existait une bande blanche, bien qu'en fait il n'y eût absolument rien, on constatait que le temps qui s'écoulait entre le moment où le point occupé par cette bande imaginaire passait devant la lunette, et celui où la malade, complètement réveillée, indiquait par le signal électrique qu'elle venait de la voir, c'est-à-dire le temps de réaction personnelle, était dans ce cas de 0 sec.,23, c'est-à-dire un peu plus long qu'avec une bande blanche réelle; au bout de 24 heures, la suggestion persistait encore et le temps de R. P. était de 1 seconde,02, c'est-à-dire très augmenté; au bout de 48 heures, il était de 1 seconde,114. C'est donc là un moyen de soumettre les suggestions au contrôle rigoureux de la méthode graphique et d'écarter toute supercherie; de plus, on peut étudier comment se comportent les suggestions pendant leur durée et cette augmentation considérable du temps de R. P. dans ces cas présente au point de vue psychologique un véritable intérêt.

M. Bloch, reprenant les recherches de MM. Richet et Bréguet, qui ont estimé le temps de l'excitation visuelle à 1 millième de seconde, est amené à constater, au moyen d'un dispositif spécial, que ce temps était de 1/1119 de seconde. Des recherches qu'il a faites et des dispositions expérimentales qu'il a imaginées, M. Bloch tire des conclusions relatives à leur application à la photométrie.

M. Manouvrier présente à M. Féré des objections sur la force dynamométrique des sujets soumis à des excitations cérébrales variées, objections auxquelles répond M. Ch. Féré.

M. Regnard qui, dans de précédentes communications, avait exposé le résultat de ses recherches sur les hautes pressions, avait été jusqu'alors dans l'impossibilité de s'assurer si les accidents observés n'étaient pas dus à la décompression et non à la compression qu'il mettait en cause. A l'aide d'une disposition extrêmement ingénieuse, il a pu résoudre ce problème. La culasse d'acier fondu, qui peut supporter des pressions de 1000 atmosphères, et avec la-

quelle il expérimente, est percée sur ses deux faces d'un petit trou dans lequel est fixé à frottement un petit bloc de quartz très transparent. On concentre d'un côté une lumière électrique d'une très grande puissance qui rend complètement transparents les animaux placés dans une petite cuve et mis dans la culasse. Un microscope recueille l'image et la projette sur un écran. On peut alors suivre toutes les phases de l'expérience, qui sont du reste conformes aux résultats déjà annoncés par M. Regnard.

GILLES DE LA TOURETTE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 28 juillet 1885. — PRÉSIDENCE DE M. BERGERON.

Election d'un membre titulaire dans la section de physique et de chimie médicale. — Sont présentés : en première ligne, M. Javal; en deuxième ligne, M. d'Arsonval; en troisième ligne, M. Ribau; en quatrième ligne, M. Henriot; en cinquième ligne, M. E. Hardy; en sixième ligne, M. Albert Robin. Votants, 58; majorité, 30. Au premier tour de scrutin, M. Javal obtient 39 voix; M. Ribau, 7; M. E. Hardy, 5; M. Albert Robin, 4: M. d'Arsonval, 2; M. Boucher, 1. En conséquence, M. JAVAL ayant réuni la majorité des suffrages, est proclamé membre de l'Académie. Son élection sera soumise à l'approbation de M. le président de la République.

M. G. SÉE fait une communication sur l'*action de la terpine*. La terpine est une substance qui dérive de la térébenthine; l'alcool à 85° en dissout 14 0/0; l'éther, la térébenthine en dissolvent une quantité beaucoup plus considérable. La terpine, additionnée d'acide nitrique, répand une odeur de jacinthe; d'acide sulfurique, elle donne lieu au dépôt d'une substance verte. Cette substance peut être administrée à l'intérieur à la dose de 80 centigrammes à 1 gramme; elle porte son action sur la muqueuse bronchique, détermine le resserrement des vaisseaux de cette muqueuse; en un mot, la terpine est une sorte de dessicant bronchique. M G. Sée a expérimenté ce nouveau médicament chez des phtisiques catarrheux, des hémoptysiques, des bronchitiques chroniques. Chez tous ces malades, l'action de la terpine fit cesser la toux et la dyspnée, procura un soulagement marqué.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ fait une communication sur les *propriétés physiologiques, toxiques et thérapeutiques du sulfure de carbone*. Bien que la fabrication du sulfure de carbone soit plus étendue, les accidents d'intoxication deviennent de plus en plus rares. Cette espèce de contradiction était justiciable d'une série d'expériences que M. Dujardin-Beaumetz a entreprises chez les animaux et chez l'homme, en employant tantôt le sulfure de carbone pur, tantôt l'eau sulfo carbonée. Après avoir relaté les résultats de ses expériences, M. Dujardin-Beaumetz passe en revue les applications thérapeutiques du sulfure de carbone. Le sulfure de carbone et l'eau sulfo-carbonée sont de puissants médicaments aseptiques. Sans insister sur les effets locaux du sulfure de carbone, M. Dujardin-Beaumetz signale cependant l'action rubéfiante de cette substance. A l'intérieur, on peut employer avec avantage l'eau sulfo-carbonée dans tous les cas de diarrhée infectieuse, dans la fièvre typhoïde notamment. Voici la formule que préconise M. Dujardin-Beaumetz :

Sufure de carbone pur.	25 grammes.
Essence de menthe.	L gouttes.
Eau.	500 grammes.

A placer dans un vase d'une contenance de 700 c. cubes, agiter et laisser déposer. Avoir soin de renouveler l'eau à mesure qu'on en puise dans la bouteille. Il convient d'administrer 4 à 10 cuillerées à soupe de cette solution par jour; chaque cuillerée est prise dans un demi-verre de lait ou d'eau rougie.

M. C. PAUL lit un remarquable *rapport* sur un travail de M. Zambaco (de Constantinople), relativement à la *lèpre en Orient*. Cet intéressant travail est basé sur une série d'observations et de dessins, où l'intérêt ne le cède en rien à la précision. Il semble que la lèpre soit commune à Constantinople, où elle sévit surtout sur les individus misérables. Si la contagion reste discutable, il est établi que la lèpre n'est pas héréditaire. Les bacilles existent en très grand nombre dans les tubercules lépreux et présentent les mêmes caractères que ceux qu'on a coutume de rencontrer en Norwège. Le traitement préconisé par Zambaco relève exclusivement de l'hygiène. A. J.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 21 novembre 1884.— PRÉSIDENCE DE M. CORNIL.

19, Cancer de la plèvre; par M. Pierre AYROLLES, interne des hôpitaux.

A l'hôpital Beaujon, salle Sainte-Marthe, n° 10 (service du Dr MILLARD), est morte une femme chez qui on a pu observer les faits suivants :

Marie D..., 64 ans, fleuriste, avait toujours eu un état de santé assez satisfaisant. Dans ses antécédents, on retrouve une fluxion de poitrine en 1855, et quelques autres affections fébriles passagères et sans caractères particuliers. — Réglée à 15 ans, régulièrement et sans douleur, elle a eu un enfant à terme et une fausse couche. Ménopause à 50 ans sans accidents. Il y a cinq ans, bronchite assez tenace, et enfin, au mois de janvier dernier, lumbago. Au mois de juillet, elle fut prise d'une façon assez subite de point de côté, toux, fièvre légère, oppression, perte d'appétit. Peu à peu, les phénomènes dyspnéiques ont augmenté, et elle a été forcée de prendre le lit.

Entrée le 29 août dans un état d'oppression extrême, elle présente une matité étendue à tout le côté gauche et un déplacement du cœur, qui paraissent nécessiter une intervention immédiate. La ponction, faite avec l'aspirateur Potain dans la ligne axillaire, n'amène pas de liquide. Ventouses.

30 *août*. L'oppression reste très marquée, et l'examen physique permet de constater en avant et en arrière une matité qui remonte jusqu'à deux travers de doigt sous la clavicule et jusqu'à l'épine de l'omoplate. A l'auscultation, souffle en avant dans toute la hauteur, en arrière souffle léger, et dans quelques points, on entend le bruit lointain de la respiration et quelques frottements. On pense avoir affaire à une pleurésie cloisonnée.

6 *septembre*. Thoracentèse. Une première ponction ne donne aucun résultat. En enfonçant le trocart plus haut, on retire quelques cuillerées de sang presque pur. Néoplasie pulmonaire (?). Une seconde tentative faite plus haut avec la seringue de Pravaz ne donne encore que du sang.

22 *septembre*. Toujours matité complète en avant et en arrière dans toute la hauteur; souffle aspiratif un peu rude, oppression légère. La malade maigrit, peu d'appétit. Urines, 7 à 800 grammes.

26 *septembre*. On constate dans le creux sus-claviculaire gauche deux ou trois petits ganglions. Le creux est effacé. Pas de voussure sous la clavicule.

30 *septembre*. Thoracentèse. Quelques grammes de liquide sanguinolent.

4 *octobre*. Toux assez violente, oppression. Matité étendue aux 4/5 inférieurs en arrière et jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de la clavicule en avant. Au-dessous de ces points, souffle pleurétique. Silence complet en arrière dans la moitié inférieure du poumon gauche. Le côté gauche du thorax paraît aplati, et la mensuration permet de constater un excédent de 4 centimètres à l'avantage du côté droit. Pas de fièvre, perte d'appétit; insomnie par suite de la toux, qui est fréquente et pénible. Crachats visqueux, âcres, gommeux, mélangés de quelques stries rougeâtres, mais pas franchement sanguinolentes. Les ganglions sous-claviculaires sont plus saillants et très durs.

8 *octobre*. Fièvre légère, pas de frisson; il s'est développé une rougeur assez vive dans le dos, autour d'un vésicatoire récemment posé. Cette rougeur s'accompagne d'épaississement de la peau et est limitée en bas par un

bourrelet assez net. C'est un érysipèle développé depuis hier. (La malade voisine est atteinte d'érysipèle de la face.)

10 *octobre*. L'érysipèle qui, hier, s'était étendu jusqu'au niveau des fesses, envahissant toute la région lombaire, est resté stationnaire. La température est de 36°,8 le matin, 37°,8 le soir.

12 *octobre*. L'érysipèle s'efface, oppression assez vive. Au point de vue physique, les signes sont toujours les mêmes.

25 *octobre*. Frisson violent dans l'après-midi. L'oppression continue depuis deux jours. Crachats abondants, spumeux, âcres ; la toux est fréquente, quinteuse et provoque de temps à autre des vomissements. Le cœur est toujours très déplacé; la pointe bat derrière le sternum. Au point de vue stéthoscopique, l'état est toujours le même.

26 *octobre*. Oppression. Matité absolue de toute la hauteur du poumon en avant et silence absolu jusque sous la clavicule; en arrière, même matité, souffle lointain dans la fosse sus-épineuse. Mensurations : à droite, 42 centimètres; à gauche, 41. Le côté gauche, qui était d'abord très rétracté, s'est par conséquent dilaté de 3 centimètres.

29 *octobre*. On trouve des ganglions dans la ligne axillaire: le premier, au niveau de la circonférence externe de la mamelle, à la hauteur du mammelon, est dur et roule sous la peau. Au-dessus, en allant vers l'aisselle, on en trouve une série de trois superposés, avec les mêmes caractères; ils sont très durs, mais pas très volumineux.

5 *novembre*. Les ganglions déjà signalés dans la région pectorale sont plus volumineux; ils se dessinent sous la peau amaigrie par une légère saillie; les ganglions sus-claviculaires sont aussi très volumineux. Mêmes signes stéthoscopiques.

6 *novembre*. Ablation du ganglion le plus inférieur par une petite incision ; suture au fil d'argent. Pansement de Lister.

9 *novembre*. La plaie est cicatrisée ; il reste un noyau inflammatoire à la place occupée précédemment par le ganglion. L'examen microscopique a montré un ganglion dégénéré avec petites hémorrhagies parenchymateuses ; la lésion paraît être du sarcome ou du carcinome. Du moins une tumeur à marche rapide avec tendance aux hémorrhagies.

12 *novembre*. Oppression très marquée, qui est devenue presque de l'orthopnée. Matité toujours absolue du côté gauche. Souffle en avant et en arrière dans le quart supérieur gauche. Le côté est maintenant manifestement dilaté.

16 *novembre*. Perte complète d'appétit, orthopnée, facies amaigri, affaissé. Augmentation de volume des ganglions.

17 *novembre*. Ponction thoracique avec l'aspirateur Dieulafoy dans le quatrième espace intercostal, en avant. L'aiguille, enfoncée jusqu'à une profondeur de 5 à 6 centimètres, n'amène que quelques grammes de liquide sanguinolent. Autre ponction plus en arrière, près de la ligne axillaire ; même résultat négatif. On n'a pas la sensation d'une cavité dans laquelle l'aiguille serait libre.

19 *novembre*. Le matin, la malade est très affaissée ; il commence à apparaître de la cyanose ; le pouls est petit et fréquent, la dyspnée violente. La malade ne peut plus se coucher même un instant et doit garder la position assise. Le soir, les lèvres sont violacées et contrastent avec la pâleur du reste de la face. Dyspnée très intense.

20 *novembre*. Mort à quatre heures du matin.

Autopsie 28 heures après la mort. — A l'ouverture de l'abdomen, on constate que l'*intestin* est sans altération. Le *foie* est assez volumineux et de couleur pâle ; un peu de dégénérescence graisseuse. Les *reins* sont normaux ; mais dans le petit bassin, on trouve sur le *péritoine* viscéral et pariétal une série de végétations isolées, ayant de 4 à 5 millimètres de hauteur et autant de largeur, et parsemant toute la séreuse. L'ovaire droit est kystique, la poche a le volume d'une orange ; l'intérieur contient un liquide analogue à de l'urine comme couleur et comme densité, sans viscosité spéciale. Au fond de la poche se trouve un magma gris rougeâtre s'écrasant facilement sous le doigt.

A l'ouverture du thorax, on trouve la plèvre droite saine dans toute son étendue. Le poumon paraît sain dans sa moitié supérieure ; mais à la partie inférieure, outre de la congestion, on trouve des noyaux d'aspect jaunâtre, un peu plus foncé et un peu plus consistant que le magma caséeux. Le *péricarde*, ouvert en place, montre le cœur fortement refoulé à droite. Pas de liquide dans la cavité péricardique. Le *cœur*, enlevé, est normal et contient des caillots ayoniques dans le ventricule droit et l'artère pulmonaire; la surface péricardique, sur la paroi gauche, est soulevée par des végétations blanchâtres qui viennent de la plèvre et font saillie dans la cavité. Mais la séreuse est intacte à sa surface, qui est lisse et sans plaques dépolies. Rien sur le feuillet viscéral. — La *plèvre* gauche, notablement épaissie, forme une vaste poche remplie de liquide (700 grammes environ) et de fausses membranes épaisses, jaune rougeâtre, assez analogue comme aspect à du muscle qui aurait macéré dans une solution phéniquée. Ce sont des masses filamenteuses molles et s'écrasant assez facilement sous le doigt en une bouillie rougeâtre analogue au liquide retiré par la ponction. La plèvre étant détachée de la paroi costale à laquelle elle adhère fortement, on peut constater son épaississement généralisé. Elle mesure presque partout un demi-centimètre, sauf au niveau du diaphragme, où elle atteint presque le double de cette épaisseur. Le *poumon* est fortement refoulé contre la gouttière vertébrale; les deux lobes, séparés et comprimés par la plèvre, prennent l'aspect de deux cônes aplatis reposant sur la gouttière costo-vertébrale. Il n'est nullement envahi par la néoplasie.

Les ganglions axillaires et sus-claviculaires constatés pendant la vie sont dégénérés ; il en est de même de quelques-uns autour de l'aorte et de l'œsophage. A la coupe, on trouve une pulpe grisâtre semi-liquide environnée par une coque résistante.

Au microscope. — Sur une coupe de la plèvre, prise au niveau du diaphragme, on trouve au milieu d'un lacis de fibres conjonctives et élastiques de petits noyaux formés par des amas de cellules rondes, nucléées, se colorant assez fortement par le carmin.

20. M. Valude montre les pièces d'un homme mort de cachexie après avoir eu de la rétention d'urine. A l'autopsie, on a trouvé des *reins kystiques* et un *cancer du duodénum*, avec généralisation au foie.

21. M. Colleville fait voir les pièces anathomo-pathologiques d'un enfant de 15 mois mort d'*asphyxie laryngée*. Il présentait des signes de syphilis secondaire. Une ulcération a détruit la corde vocale gauche. Il existe dans le poumon des nodules gommeux disséminés.

M. Letulle insiste sur la rareté exceptionnelle des ulcérations syphilitiques du larynx chez des enfants de cet âge. Il faut s'assurer qu'il ne s'agissait pas de tuberculose.

22. M. Colleville montre un cas d'*endocardite ulcéreuse*. Il existe une ulcération large et profonde de l'origine de l'aorte.

23. **Rapport sur la candidature de** M. Tissier, interne des hôpitaux, au titre de membre-adjoint de la Société anatomique.

Parmi les présentations de M. Tissier, plusieurs méritent d'être rappelées. L'une a trait à un volumineux *sarcôme du corps de l'utérus* dont la nature fut d'abord méconnue. On espéra qu'une ponction exploratrice viendrait éclairer le diagnostic. La ponction ne donna issue qu'à quelques gouttes de sang ; mais sans doute la canule du trocart déposa dans l'épaisseur des parois abdominales, une parcelle du tissu pathologique utérin qui, petit à petit, proliféra dans la peau et donna plus tard naissance à une nodosité molle dont les caractères furent reconnus ultérieurement tout analogues à ceux du néoplasme de l'utérus. Cet exemple de greffe sarcomateuse, à rapprocher de faits semblables cités par Waldeyer, Hyvert, etc., est on ne peut plus probant, et l'an dernier a fait l'objet d'un mémoire de M. Nicaise, dans le service de qui M. Tissier avait recueilli son observation.

Une autre présentation, faite à la Société quelque temps après la précédente, trouverait maintenant un certain intérêt d'actualité. Il s'agissait de *fibrômes du corps de l'utérus accompagnant et côtoyant un épithélioma du col utérin* sans pénétration des deux tumeurs qui n'avaient entre elles que des rapports de contiguïté. M. Tissier insista sur la coexistence chez un même sujet et sur un même organe de deux néoplasmes tout différents de nature et pour certains auteurs incompatibles. Son insistance est aujourd'hui justifiée par la récente communication du professeur Verneuil au congrès de Copenhague.

Je ne veux m'arrêter sur aucune des autres présentations de pièces, nombreuses et toutes intéressantes par quelque point, si ce n'est sur la dernière en date qui me paraît mériter une mention spéciale. Elle concerne un malade mort à l'hôpital Tenon, d'un *abcès des méninges, complication d'une fièvre typhoïde*. Vers la fin de la maladie qui n'avait rien offert de particulier à l'attention, si ce n'est une durée tout à fait anormale, un matin on s'aperçut que le malade venait d'être atteint d'une aphasie complète. Puis le côté droit de la face, le membre supérieur droit, enfin le membre inférieur droit, se paralysèrent successivement, en deux à trois jours. La paralysie ne fut jamais complète, il s'agissait plutôt d'une parésie. La sensibilité conservée était obtuse dans tout le côté droit. Au bout de trois jours, l'aphasie s'amenda, le malade retrouva peu à peu l'usage de ses membres ; mais, au fur et à mesure que la paralysie cédait, une torpeur irrésistible s'emparait du malade qui tomba dans le coma et mourut.

A l'autopsie, M. Tissier découvrit, avec les lésions intestinales de la fièvre typhoïde, un volumineux abcès développé dans les méninges comprimant et déprimant les circonvolutions voisines du sillon de Rolando sous-jacentes. La poche, pleine de pus verdâtre bien lié, était creusée dans l'épaisseur de la dure-mère, occupant le même siège que les foyers d'hémorrhagie méningée, c'est-à-dire limitée en dehors par la dure-mère, en dedans par le feuillet pariétal de l'arachnoïde.

On pouvait se demander si cet abcès n'était pas la transformation purulente d'un hématôme d'origine ancienne. Mais cette hypothèse fut rejetée, le malade ayant toujours, avant d'entrer à l'hôpital, joui d'une irréprochable santé. Il n'était guère permis non plus de supposer qu'une hémorrhagie s'était faite sous la dure-mère pendant l'évolution de la fièvre puis transformée en abcès puisque les symptômes cérébraux avaient toujours fait défaut jusqu'au dernier jour de la maladie. On devait bien plus vraisemblablement admettre la formation spontanée de l'abcès dans les méninges comme on admet à l'issue des dothiénentéries la formation d'abcès dans les muscles, dans les testicules (Hanot), dans la fosse ischio-rectale (Chalot) ou dans les grandes lèvres (Siredey).

Dans la fièvre typhoïde les accidents d'aphasie et de paralysie transitoires ne sont pas exceptionnels ; ordinairement ils se présentent dans la première période et ne se terminent généralement pas par la mort. Longuet, dans une revue de l'*Union médicale* (26 et 27 avril 1884) en a rassemblé un grand nombre d'exemples et, sans conclure positivement, semble les attribuer, avec Calmette, à de simples désordres hyperhémiques de l'irrigation cérébrale.

D'autres auteurs ont émis l'opinion que dans ces troubles paralytiques on ne devait voir que des phénomènes réflexes dont le point de départ était l'irritation de la muqueuse intestinale. M. Barrié a, dans les *Archives de médecine*, étudié cette variété de paralysies qui, d'ordinaire, affectent la forme paraplegique. Pour M. Vulpian, il faut plutot incriminer une thrombose par endartérite de la sylvienne gauche ; pour Sorel, une embolie. Les accidents cérébraux reconnaissent encore pour causes des lésions de méningite. Bouchut, Hugues (th. Paris 1875), Lereboullet (*Gaz. heb.* 1877) Cadet de Gassicourt (Soc. clinique 1877), en ont donné maintes preuves. Mais ces méningites, qui suppurent souvent, contrairement à l'opinion de Chedevergne (1874), sont toujours diffuses et occupent la base du cerveau (je laisse de coté les méningites consécutives à des otites suppurées). Une seule exception, que nous sachions, a été signalée à la Société anatomique par Maunoury en 1875.

Maunoury, à cette époque interne de M. Moutard-Martin, eut dans son service un typhique qui, après un mois de maladie, mourut au milieu d'une attaque épileptiforme. A l'autopsie il trouva à la partie antérieure de la face convexe de l'hémisphère gauche une plaque ovalaire, large à peu près comme la paume de la main, formée par du pus concret infiltré dans les mailles du tissu sous-arachnoïdien.

Son observation diffère donc encore notablement de celle de M. Tissier, qui me paraît rester unique dans son genre. Que de nouveaux observateurs viennent apporter des faits semblables en grand nombre et les symptômes d'aphasie et d'hémiplégie à la fin d'une dothiénentérie pourront constituer pour les chirurgiens, en de certaines conditions, une indication d'intervenir par le trépan.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 24 juillet 1885. — Présidence de M. Vidal.

M. Troisier présente un malade atteint de *paralysie hystérique* ; il s'agit d'une monoplégie brachiale que, dans une séance précédente, on avait pu attribuer à un traumatisme. M. Joffroy avait affirmé qu'il s'agissait d'une paralysie hystérique. M. Charcot ayant vu le malade, a déclaré qu'il était hystérique et que sa paralysie était une paralysie hystérique avec hémianesthésie complète. Ce malade présente de la *polyopie monoculaire*, c'est-à-dire que lorsqu'il ferme l'œil du côté sain, il voit avec l'œil malade plusieurs objets alors qu'on ne lui en montre qu'un seul ; il a aussi de la micropsie, car il voit les objets plus petits qu'ils ne sont en réalité. Sa mère était hystérique ou épileptique, une sœur est hystérique, le père était buveur d'absinthe.

M. Joffroy présente également un malade atteint de *paralysie hystéro-traumatique* ; ces faits, à mesure qu'on les connaît mieux, se multiplient. Ce jeune homme a été toujours nerveux, indocile, etc. ; il a eu dans l'enfance une incontinence d'urine, plus tard du rhumatisme et une affection cardiaque. La monoplégie gauche est également survenue à l'occasion d'un traumatisme ; elle s'accompagne d'hémianesthésie ; le malade a des attaques très violentes, à ce point de vue, il est plus complet que le malade de M. Troisier.

M. Debove dit que ces faits sont fort intéressants et démontrent encore une fois que l'hystérie n'est pas aussi rare chez l'homme qu'on le croit. Il cite de mémoire quelques observations analogues.

M. Laveran fait une communication sur le microbe palustre. J. C.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 29 juillet 1885. — Présidence de M. Horteloup.

Récidive des kystes paraovariens après les ponctions. — M. Terrillon lit un rapport sur ce sujet ; s'appuyant sur les nombreux cas de récidive qui ont été publiés et sur sept observations personnelles, il conclut : que dans un grand nombre de cas de kystes paraovariens la ponction simple ne suffit pas pour amener la guérison définitive.

M. Desormeaux a obtenu trois cas de guérison définitive par ponction suivie d'injection iodée.

M. Terrier est heureux d'entendre la communication de M. Terrillon, parce qu'elle confirme pleinement ce que M. Terrier a dit et écrit depuis longtemps sur ces kystes. Il s'étonne que M. Terrillon ait rencontré des kystes paraovariens inclus dans un ligament large : ce doit être rare, car MM. Terrier et Lucas-Championnière n'en ont point rencontré. Enfin, il rappelle que certains kystes multiloculaires peuvent présenter ces apparences de guérison après ponction.

M. Lucas-Championnière a souvent observé de ces récidives retardées dans les kystes multiloculaires après une ponction.

M. Anger a opéré un de ces kystes paraovariques récidivés ; comme il était muni d'un pédicule, il lia le pédicule et laissa l'ovaire qui était sain. Quelques heures après, la malade était prise de douleurs abdominales extrêmement violentes et trois jours après elle succombait à une péritonite dont le point de départ avait été une ovarite suraiguë.

M. Trélat dépose l'observation d'hystérectomie vaginale pour cancer, à propos de laquelle il a fait à l'avant-dernière séance de l'Académie de médecine, une communication doctrinale. (Voir *Progrès médical*, n° 30.) — L'opération eut lieu le 2 juillet ; un des tubes fut enlevé le cinquième jour, le second fut enlevé le sixième ; vers le dixième jour, la malade accusa une très gênante sensation de cuisson dans le vagin. Actuellement, la malade se lève, marche, est absolument guérie. A propos des différents temps de l'opération, M. Trélat insiste sur les difficultés de la pose de ligatures sur les ligaments larges; là est le temps le plus difficile et le plus pénible de l'opération. L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un épithélioma limité au col de l'utérus dont le corps était hypertrophié par le fait d'une inflammation chronique.

M. Terrier a fait récemment une quatrième hystérectomie vaginale; l'utérus ne se laissa pas abaisser ; il était retenu par des adhérences à la partie postérieure ; la pose des ligatures fut comme toujours difficile. Les deux premiers jours tout alla bien, puis la malade présenta de la pâleur, de l'accélération du pouls; on put soupçonner une hémorrhagie interne. La malade mourut le sixième jour avec des symptômes de péritonite subaiguë ; à l'autopsie, on a trouvé un litre de liquide sanguinolent. L'hémorrhagie a donc été la cause de mort. On a pu voir que la source de cette hémorrhagie était dans les artères vaginales coupées au niveau de l'insertion du vagin sur le col, d'où l'indication de multiplier les ligatures.

M. Trélat présente un rein qu'il a enlevé il y a quatre jours. La malade, qui était atteinte d'hydronéphrose suppurée, est jusqu'ici dans l'état le plus satisfaisant. M. Trélat a été à la recherche de l'organe malade par une incision antérieure le long du bord externe du muscle droit. Ce procédé, pratiqué par Langenbuch, pratiqué et conseillé par M. Terrier, est préférable à l'incision postérieure.

M. Terrier insiste sur les avantages de l'incision antérieure ou antéro-externe dans la néphrectomie. Il tient aussi à appeler l'attention sur un détail de l'observation présentée par M. Trélat. — « Monsieur Trélat, professeur de clinique à la Faculté, a un service hospitalier dans des conditions antihygiéniques telles qu'il lui est impossible d'y pratiquer certaines opérations, et qu'il est réduit à demander l'hospitalité à un chirurgien des hôpitaux dont le service est mieux aménagé. »

M. Trélat présente une jeune fille à laquelle il a fait une ostéoclasie pour une déformation complexe du genou, consécutive à une paralysie atrophique.

M. Périer présente un appareil pour le traitement des fractures dont la consolidation est retardée ; l'appareil immobilise parfaitement le membre fracturé, tout en permettant au malade de marcher.

M. Bouilly présente un malade auquel il a fait le curage de cavernes tuberculeuses de la prostate ; le résultat est parfait.

Paul Poirier.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 28 *juillet* 1885. — Présidence de M. Duhomme.

M. Hallopeau a expérimenté le traitement de la teigne tondante préconisé par M. Foulis (d'Edimbourg). Au bout de huit jours, la guérison serait assurée. Voici en quoi il consiste : 1° Badigeonner la tête avec de l'essence de térébenthine jusqu'à ce que la douleur survienne (3 minutes environ); 2° laver le cuir chevelu avec un savon phéniqué au 1/10° ; 3° essuyer, mettre trois couches de teinture d'iode et faire une onction avec de l'huile phéniquée, tous les jours, pendant huit jours. Ces diverses opérations sont très mal supportées; il survient des abcès très douloureux du cuir chevelu, et chez un malade chez lequel le traitement avait été continué pendant quinze jours, les spores existaient encore. Aussi M. Hallopeau est-il revenu au traitement classique : lotions parasiticides; il a remplacé toutefois la teinture d'iode par l'acide pyroligneux.

M. C. de Gassicourt, qui a aussi expérimenté bien des traitements nouveaux, est également revenu à l'ancien traitement, y compris l'épilation, qui a au moins le mérite de détruire sûrement une grande quantité de parasites. Quant à l'acide pyroligneux, qui a été introduit dans la thérapeutique de la teigne par M. Cramoisy, il ne lui a jamais donné que de mauvais résultats : les vives douleurs qu'il cause sont un vrai supplice pour les enfants. Les vésicatoires sont beaucoup moins douloureux.

M. Hallopeau se sert d'acide pyroligneux à 6 degrés; il l'applique avec une brosse douce. M. C de Gassicourt l'applique, au contraire, avec une brosse rude et à l'aide de frictions énergiques, ce qui explique la différence des résultats obtenus.

M. C. Paul croit, étant donné ce qu'on observe dans le traitement de la blennorrhagie par les injections *chaudes* de liqueur de Van Swieten, qu'il serait également bon de faire des lotions *chaudes* parasiticides dans ce traitement de la teigne.

M. Delpech présente un *extrait fluide de cocaïne* qui contient exactement 1 gr. de feuilles pour 1 gr. de véhicule. Ce liquide n'est pas alcoolique.

M. Dujardin-Beaumetz présente, au nom de M. Deschiens, un sirop d'hémoglobine qui contient, exactement dosé, le fer naturel du sang. A la dose de 4 cuillerées à bouche par jour, il a observé d'excellents résultats dans l'anémie et la chlorose. Malheureusement, ce sirop, qui rappelle beaucoup le sang lui-même, dégoûte quelquefois les malades. Il s'est alors servi de *pilules d'hémoglobine*, mais celles-ci sont beaucoup moins actives que le sirop.

M. C. Paul, à propos d'une récente communication, dit qu'on se trouvera très bien, chez les cardiaques avec œdème considérable, de l'établissement de deux piqûres au thermocautère à l'extrémité inférieure du mollet : il sort beaucoup de liquide et la plaie ne se bouche pas. Il est nécessaire toutefois que la peau ne soit pas scléreuse, pour que le liquide s'écoule en abondance. Afin de prévenir l'érysipèle, il sera bon de faire l'enveloppement antiseptique des membres inférieurs.

La Société ne reprendra ses séances qu'en octobre.

Gilles de la Tourette.

REVUE MÉDICALE [1]

I. **L'électricité et le choléra** ; par le Dr A. Tripier (Extrait du Journal la *Lumière électrique*, numéro du 2 août 1884, Paris).

II. **Le choléra devant l'Académie de Médecine, la contagiosité et les quarantaines**; par le Dr Bonnafont. — Paris, chez J.-B. Baillière, 1885.

III. **Traitement du choléra**; par G. Hayem. — Chez Masson, Paris, 1885.

IV. **El colera memoria leida en el ateneo barcelones** ; por el Dr J. T[illegible]. — Barcelona, sucesores de N. Ramirez y C[illegible], 1885.

V. **Memoria historico-clinica del colera morbo asiatico de Espana en 1884**, por José Trigueros y Somoza. — Madrid R. Velasco, Rubio 20, 1885.

VI. **Relazione sanitaria sui casi di colera avvenuti in sezione Porto durante la epidemia dell'anno 1884**, del dott, cav. G. Somma. — Napoli, tipografia del Vaglio, 1885.

I. Après un certain nombre de généralités sur la part qui revient dans la genèse du choléra au sol, à l'encombrement, à la densité de la population, à l'atmosphère, l'auteur arrive au rôle de l'électricité en pareille occurrence. Il cite deux cas, l'un d'un officier atteint de choléra et abandonné dans une marche et qui aurait dû sa guérison à un violent orage auquel il aurait été exposé, et

(1) Voir le n° 23, T. I, p. 446.

l'autre celui d'un cholérique guéri par la fulguration de la maison où il gisait. Puis vient l'exposé en quelque mots de la disparition de l'ozone atmosphérique pendant les épidémies de choléra (fait très variable, on le sait), l'action des aimants sur les fermentations, d'après les recherches de Darsonval, etc. Suivent des préceptes sur la désinfection et le traitement des malades où l'on peut relever des conseils fort discutables ; la recommandation de l'évaporation d'essence de thérébenthine et de l'emploi des décharges fréquentes des machines électrostatiques dans l'air. Enfin l'électricité est naturellement prônée de toutes sortes de manières : Voltaïsation continue ascendante du pneumogastrique contre l'embarras gastrique prodromique, de la moelle contre la prostration ; applications métalliques sur la peau ; faradisation recto-épigastrique.

II. A l'apparition du choléra en 1830 et 31, le plus grand nombre des médecins étaient non contagionnistes ; à partir de 1849 et 1855, l'inverse se produisit et presque tous admirent la contagion. L'auteur lui est resté de son temps, il est anticontagionniste ; il est donc naturel de le voir se livrer à une attaque violente contre les quarantaines. Il affirme de nouveau que le choléra n'a fait son invasion en Europe que depuis que les Anglais ont laissé s'effondrer les barrages que les Mogols avaient faits pour contenir les eaux qui se sont alors peu à peu répandues dans la plaine du Delta du Gange, où elles ont multiplié les marais infectieux cholérigènes. Donc, le choléra est de même nature que la fièvre jaune et les fièvres intermittentes pernicieuses ; il s'élabore dans un sol spécial, imprégné d'eau, et par le fait d'une décomposition spéciale, sous l'influence d'une température et d'un état atmosphérique particuliers ; il se transmet par l'asmosphère. Quant à la contagion, M. Bonnafont la nie absolument et réédite une série de faits bien connus : l'immunité relative du personnel hospitalier qui soigne les cholériques, la non-extension parfois du choléra autour de cholériques transportés hors du foyer contaminé, etc. ; il y ajoute quelques observations personnelles. Il faut bien avouer qu'aujourd'hui, en présence des données positives qu'a fournies l'étude scientifique du choléra, toutes ces dissertations, un peu surannées, ne présentent qu'un bien minime intérêt ; elles ne peuvent servir qu'à montrer les inconnues encore nombreuses de cette question si complexe, mais ne peuvent rien contre les résultats désormais acquis par l'étude microbiologique de l'agent infectieux qui démontrent que le choléra est contagieux et qu'il ne se transmet que très exceptionnellement par l'atmosphère, tandis que tout véhicule solide et surtout liquide peut le transporter avec la plus grande facilité.

III. Dans une leçon publiée en juillet 1884, dans la *Revue scientifique* et que nous avons analysée, M. le professeur Hayem avait établi les préceptes de thérapeutique à appliquer au choléra ; l'épidémie de la fin de l'année précédente lui a permis d'expérimenter lui-même ces divers procédés, et c'est une étude d'ensemble qu'il vient de faire paraître en un élégant petit volume de 168 pages. Il insiste d'abord sur ce qu'il considère comme l'élément dominant de la maladie, celui d'où découle toute l'évolution morbide : « l'inflammation du tube gastro-intestinal, » et il affirme que c'est émettre une opinion erronée que de prétendre que l'attaque cholérique résulte « d'un empoisonnement de tout l'organisme. » Un peu plus loin, l'auteur écrit cette phrase : « Dans ces dernières années on a fait de louables efforts pour déterminer la nature de ce poison ; mais cette question éminemment intéressante ne peut pas être considérée comme définitivement tranchée. » D'où il suit tout naturellement que la thérapeutique de M. le professeur Hayem ne devra être que symptomatique ; c'est, en effet, contre l'altération congestive et hypercrinique du tube digestif, contre l'énorme perte d'eau et de chlorure de sodium qui se fait par cette voie que doit se porter, d'après lui, tout l'effort thérapeutique. L'opium et le salicylate de bismuth, la poudre d'ipeca, sont préconisés à la période prémonitoire. La période d'état étant établie, le laudanum, la morphine maniée avec précaution, l'eau de Vichy, l'eau albumineuse et surtout les bains tièdes devront être employés suivant les cas contre les troubles gastro-intestinaux.

Plus complexe est la thérapeutique du collapsus algide et asphyxique. Celui-ci, d'après l'auteur, tiendrait exclusivement à la transsudation intestinale énorme et rapide qui déshydrate les tissus et diminue en quelques heures la masse totale du sang. De ce fait, résulterait l'épaississement du sang, se traduisant par la diminution d'un quart environ de sa masse totale, par une augmentation du chiffre des hématies « qu'on peut estimer à environ 1.500.000, » mais qui d'ailleurs sont histologiquement absolument intactes, tandis que chimiquement, leur capacité respiratoire est habituellement très diminuée ; enfin, par la présence dans le sang d'acides biliaires (G. Pouchet). Quant à la pénétration du bacille virgule dans le sang, signalée par Doyen, et à la présence des alcaloïdes indiqués par Villiers, l'auteur, n'ayant pas vérifié ces faits, n'y insiste pas. L'action du système nerveux ne serait que secondaire, elle pourrait avoir pour origine à la fois une influence nerveuse partant de l'intestin et l'impression que doit subir le système nerveux au contact d'un sang épaissi et vicié. L'indication primordiale qui résulte de cet exposé consiste donc, avant tout, à lutter contre la déshydratation par les injections intra-veineuses. Aussi l'auteur étudie-t-il rapidement, surtout au point de vue historique d'abord, la méthode révulsive soit par la chaleur, soit par le froid, soit par les frictions ou l'urtication appliquées a la surface du corps, puis la méthode interne ou médicamenteuse, les stimulants diffusibles, surtout l'acétate d'ammoniaque, l'éther, les boissons alcalines, salées, l'absorption de grandes quantités d'eau, surtout préconisée par M. Netter. L'histoire des injections intra-veineuses est faite ensuite, puis l'auteur étudie successivement les diverses conditions de composition (eau distillée 1000 ; chlorure de sodium pur, 5 ; sulfate de soude, 10), de température (38°), de dose (2 litres à 2 litres et demi) et enfin de manuel opératoire qu'il a établis dans ses recherches. Enfin les résultats immédiats de l'opération sont analysés en détail : soulagement général, relèvement du pouls, amélioration de la respiration, réapparition des sécrétions et de l'urine souvent en assez grande quantité, etc. Arrivant aux résultats définitifs l'auteur, après avoir montré l'innocuité presque absolue de sa méthode, affirme avoir obtenu des guérisons dans des cas en apparence absolument désespérés. Il a soin de bien faire remarquer que deux facteurs principaux doivent être pris en sérieuse considération ; c'est, d'une part, l'état de santé antérieur du sujet et, de l'autre, sa température centrale au moment de l'application du traitement ; en général, quand la température est alors voisine de la normale, le résultat de l'intervention sera bon, si elle est à 35°, 34°, ou 33°, il sera presque fatalement mauvais. Comparant alors les résultats fournis par la statistique de son service, il trouve sur 90 sujets transfusés, 63 décès, soit 70 0/0 et 27 guérisons, soit 30 0/0, tandis que sur 200 non transfusés, il y a 106 décès, soit 50,71 0/0 et 103 guérisons, soit 49,2 0/0. Discutant ces chiffres, il fait remarquer avec raison que les résultats bruts n'ont, en l'espèce, qu'une valeur relative, que d'autre part les sujets transfusés étaient toujours pris parmi les cas les plus graves et enfin, pourrait-on ajouter aussi, que les nombres des cas nécessairement très divers des deux groupes opposés, 90 et 200, sont trop éloignés pour que la comparaison soit valable. En somme, l'auteur conclut en affirmant l'utilité de sa méthode et en engageant les médecins à l'employer, le cas échéant. Suivent 10 observations de cas divers dans lesquels la transfusion a été faite et qui ont été suivis de guérison.

IV. Rien de neuf à signaler dans cette conférence faite à Barcelone, le 7 mars 1885, devant un public assez mêlé, par un orateur du reste assez bien au courant des derniers travaux parus sur le choléra. Dans la première partie, traitant de l'étiologie : 1° historique des diverses épidémies incomplet pour les dernières ; 2° exposé des découvertes faites en bactériologie, des inoculations, etc. ; 3° mo-

de de propagation, avec les faits de transmission, surtout récents, par les déjections, l'eau, les marchandises, etc. ; 4° causes adjuvantes, les questions de sous-sol, l'influence de l'atmosphère, les moyens de transport rapide, etc., mais omission de l'influence possible de l'électricité. Dans la seconde partie : prophylaxie qui peut se résumer en quelques mots : surveillance rigoureuse de la mer Morte, inutilité absolue des quarantaines, danger des lazarets, importance extrême de l'hygiène publique et privée ; enfin, pour terminer, quelques mots bien sentis sur les recherches et les inoculations préventives de Ferran que l'auteur espère pouvoir saluer bientôt du titre de *Jenner du choléra asiatique* ! En somme, assez bonne compilation.

V. Dans un premier chapitre l'auteur expose les conditions principales qui ont favorisé l'invasion du choléra en Europe en 1884 : négligence de l'Angleterre en Egypte, guerre franco-chinoise. Les recherches relatives au parasitisme du choléra sont indiquées ensuite, mais succinctement et d'ailleurs un peu incomplètement, l'auteur ne cite pas son compatriote Ferran. Il montre ensuite le mode d'importation et les dates d'invasion du choléra : 22 avril en Egypte, 24 juin à Toulon, 1er juillet à Marseille, 2 août à Naples. Pour l'Espagne, l'invasion s'est faite ou bien par Alicante, le 14 août, ou encore par des passagers ou des marchandises venus à Alicante, Carthagène et Alméria, de la côte d'Afrique, où pouvaient se rencontrer des points contaminés par les troupes françaises y ayant touché avant de rentrer en France, ou enfin par terre, au moyen surtout de marchandises et de personnages ayant pénétré malgré la quarantaine. Pour l'auteur, l'agent pathogène du choléra affecte primitivement le système nerveux, agissant surtout sur le plexus solaire et viciant par là les fonctions de nutrition et celles du tube gastro-intestinal et de ses annexes, portant son action délétère sur les nerfs spinaux, le nerf vague. Il est un point sur lequel il insiste, c'est celui de la variabilité du type morbide qu'affecte la maladie, suivant les individus et suivant les localités, prenant des aspects très divers et semblant s'unir aux maladies locales, impaludisme, état nerveux, etc., qui lui donnent un aspect auquel le médecin peut se tromper. Comme traitement, l'auteur préconise les moyens déjà connus, surtout l'ammoniaque, l'éther, le laudanum, les frictions ; il dit aussi avoir retiré très grand avantage pour faire cesser les vomissements et la diarrhée de l'infusion de safran préparée avec les stigmates de *crocus sativus*. Comme désinfectants, l'hypochlorite de chaux, les solutions phéniquées et l'acide nitreux sont recommandés. La brochure se termine par la statistique du nombre des morts causées par le choléra dans les diverses parties du monde, depuis la première épidémie indienne de 1817, qui n'aurait pas fait moins de 586,000 victimes dans l'Inde seulement, jusqu'à celle de 1884, qui a tué 21,219 personnes ainsi réparties : 592 en Espagne, 9,687 en France, 10,940 en Italie. Le total général de 1817 à 1884 inclusivement est formidable : 2,098,029 personnes !

VI. L'auteur donne les résultats cliniques que lui a fournis l'étude d'un grand nombre de cas de choléra observés durant l'épidémie de Naples, dans le quartier du Port, du 1er septembre à la fin d'octobre 1884. 1,647 cas furent constatés dans cette partie de Naples, dont 1,383 soignés à domicile ; de ces derniers, 857 moururent et 526 guérirent, soit une mortalité de 66 0/0. Ce chiffre, si élevé, peut s'expliquer par la misère profonde des habitants de ce quartier, la malpropreté, le manque de soins, l'incurie, la déplorable alimentation, l'impureté des eaux, etc. L'auteur indique les diverses particularités qu'il a observées dans l'évolution de la maladie ; rien de bien nouveau à y signaler. Il indique la fréquence de la diarrhée prémonitoire; l'existence de cas rares, il est vrai, de choléra subit, tuant en huit ou dix heures des sujets qui étaient, la veille, en parfaite santé. Parfois des malades guéris d'une première attaque succombèrent à une seconde survenant huit ou dix jours après ; souvent les stades de la maladie se présentèrent d'une façon absolument irrégulière, etc. Quant au traitement, l'auteur affirme la vérité de la vieille maxime : la vraie médecine consiste à prévenir et non à guérir. Il indique les nombreux procédés qu'il a employés ; nous n'y relevons rien de neuf. Le désinfectant qu'il préconise est l'acide sulfureux produit par la combustion du soufre.

L. CAPITAN.

BIBLIOGRAPHIE

Sul peso spécifico dell'encefalo muano, sue parti et del medollo spinale, e sulla determinazione quantitativa della dos vanza bianca e grigia ; par E. BAISTROCCHI (*Revista sperimentale de Freniatria a medicina legale*, 1884, Reggio-Emilia)

Les expériences faites avec la balance hydrostatique ont conduit l'auteur aux conclusions suivantes : 1° Le poids spécifique, maximum et minimun de l'encéphale varie suivant les individus, si bien que les chiffres obtenus ne sont pas absolus comme ceux de Pizzi et de Danilensky; 2° Le poids spécifique des hémisphères cérébraux privés des ganglions centraux s'éloigne peu de celui de l'encéphale en entier, mais lui est inférieur; 3° Le poids spécifique des ganglions centraux surpasse celui des hémisphères ; 4° Le poids spécifique du mésencéphale et du cervelet unis ensemble est le plus grand de tous;

5° Le poids spécifique de la moelle épinière se rapproche de beaucoup de celui del'encéphale; 6° Le poids spécifique de la substance blanche des hémisphères surpasse toujours celui de leur substance grise, cependant les chiffres trouvés par moi sont un peu inférieurs à ceux de Krauss et de Danilewsky; 7° Le poids spécifique de la substance du corps strié est variable, mais toujours supérieur à celui des hémisphères; 8° Les poids absolus et spécifiques de l'encéphale sont en rapport direct, ceux du mésocéphale et du cervelet en rapport inverse;

9° Par rapport au sexe, la différence du poids spécifique est en faveur de l'homme pour les ganglions centraux et la moelle épinière ; de la femme pour l'encéphale, les hémisphères, le mésocéphale et le cervelet. Cela dépend peut-être, dans une certaine mesure, de ce que les séries sont incomplètes; 10° L'âge fait augmenter le poids spécifique progressivement du fœtus jusqu'à l'adulte, soit pour l'encéphale, soit pour ses parties, mais d'une façon moins évidente pour les ganglions centraux et pour le mésocéphale uni au cervelet ; puis il le fait décroître lentement dans la vieillesse. Dans la moelle épinière, le poids spécifique est plus élevé chez le fœtus, moindre chez l'enfant et puis stationnaire jusqu'à la vieillesse. La même loi d'accroissement graduel du fœtus à l'adulte et puis de décroissance se vérifie pour le poids spécifique des deux substances fondamentales ;

11° La quantité de la substance blanche des hémisphères cérébraux privés des ganglions centraux est toujours supérieure à celle de la substance grise. Par rapport à la quantité, on retrouve la même loi d'accroissement progressif du poids spécifique du fœtus à l'adulte, avec cette remarque que, au commencement de la seconde moitié de la vie intra-utérine on a un grand développement de la substance grise qui ne s'augmente ensuite qu'avec une grande lenteur contrairement à ce qui arrive pour la substance blanche ; 12° Le développement des hémisphères cérébraux privés des ganglions centraux semble complet avant la vingtième année ; ce n'est qu'exceptionnellement que leur poids augmente après cette époque; 13° La diminution de la quantité de la substance grise dans un âge avancé est très manifeste ;

14° Les processus pathologiques cérébraux, de caractère néoplasique ou simplement les proliférations interstitielles augmentent le poids spécifique : le ramollissement le diminue ; 15° Les faits sont les mêmes pour la moelle; 16° On ne peut pas encore dire que les maladies des autres viscères aient une grande influence sur le poids spécifique ; 17° La putréfaction en se développant diminue le poids spécifique.

J. SÉGLAS.

Ueber die Wirkung des cocaïn bei der Morphinmentziehung; par le Dr Erlenmeyer (*C. für Nervenheilk*, n° 13. — Coblenz, 1885).

On a employé la cocaïne chez les morphinomanes et indiqué son action favorable, en 1878, en Amérique. D'après Frend (1884), la cocaïne diminue la passion pour la morphine et combat les symptômes qui surviennent lors de la suppression de la morphine. La cocaïne ne se substitue pas à la morphine, elle ne relève pas l'organisme affaibli pour lui permettre de résister, mais elle est le médicament antagoniste de la morphine, prétend Frend, en s'appuyant à tort sur des observations de Pollack.

Le Dr Erlenmeyer nie que la cocaïne soit antagoniste de la morphine, si elle atténue les symptômes de collapsus dus à la suppression de la morphine, elle agit comme une nouvelle injection de morphine et, d'après l'hypothèse de Marmé, l'intoxication est causée par l'oxymorphine, transformation de la morphine dans l'organisme. L'auteur a expérimenté la cocaïne et fait 236 injections hypodermiques d'une solution aqueuse de chlorhydrate de cocaïne incolore et odorant, suivant la préparation de Merk, de Darmstadt. Voici les faits observés. Après l'injection, survient une sensation de chaleur à l'épigastre, suivie de crampe si l'estomac est vide.

A la dose de 1 décigr. par jour, la cocaïne ne produit aucune action sur le système nerveux cérébro-spinal. A petite dose, 5 milligr. et plus, la cocaïne paralyse les centres vaso-moteurs. Cinq à six minutes après l'injection, le pouls devient fréquent ; ce symptôme constant disparaît au bout de 15 à 20 minutes. Les artères se dilatent, la tension artérielle diminue, dicrotisme, etc. Des tracés sphygmographiques montrent ces faits très nettement. Quelquefois, on note l'excrétion de la sueur à la paume de la main et au front. La température ne monte pas, à moins d'avoir continué l'emploi de la cocaïne pendant quelques jours. Pas de dilatation pupillaire. Cette action de la cocaïne sur l'accélération du pouls a amené l'auteur à employer le chlorhydrate contre l'asthme : la dyspnée a disparu pendant 4 minutes.

En somme, les symptômes caractéristiques produits par la cocaïne sont fugaces ; son emploi est peu indiqué et son prix fort élevé. Chez les morphinomanes, elle atténue la passion de la morphine et les symptômes qui surviennent à la suppression de la morphine. Ces résultats ne se produisent qu'après un traitement continu et au moment de l'élévation de la température. J. Dagonet.

Etude sur le sulfure de carbone, par E. Sapelier. Thèse pour le Doctorat. Paris, Octave Doin.

Les nombreuses recherches que publie l'auteur ont porté sur tous les points qui intéressent l'histoire du sulfure de carbone : préparation, purification, altérations, emploi industriel, statistiques, étude physiologique, clinique, thérapeutique et médico-légale. Les résultats signalés sont d'une certaine importance : 1° Le sulfure de carbone du commerce est à distinguer, tant au point de vue de ses caractères qu'au point de vue de ses effets, du sulfure de carbone pur ; 2° Les accidents, signalés chez les ouvriers exposés aux inhalations de sulfure de carbone en vapeurs, sont dus à l'hydrogène sulfuré contenu dans les produits du commerce. La rapidité et la gravité de ces accidents sont proportionnelles à la quantité d'hydrogène sulfuré contenu dans le sulfure de carbone ou formé par ses altérations ; 3° Le sulfure de carbone est applicable en médecine en tant que corps volatil, comme révulsif rapide et énergique. Comme agent antiseptique, il est en solution aqueuse un des meilleurs antiseptiques intestinaux : M. Sapelier le préconise, pour le lavage du tube digestif, dans la fièvre typhoïde.

Les expériences rapportées dans ce travail sont bien conduites, les observations d'hygiène industrielle sont des plus intéressantes. Peut-être pourrions-nous cependant désirer une analyse plus minutieuse des phénomènes physiologiques et des caractères anatomo-pathologiques. P.-L.

VARIA

Le choléra en Espagne.

Le choléra ne semble pas décroitre, ainsi que l'on pourra en juger par le tableau suivant :

	20 juillet.		21 juillet.		22 juillet.		23 juillet.		24 juillet.		25 juillet.	
	Cas.	*Décès.*	*Cas.*	*Décès.*	*Cas.*	*Décès.*	*Cas.*	*Décès.*	*Cas.*	*Décès.*	*Cas.*	*Décès.*
PROVINCES :												
Valence	450	228	»	»	395	174	»	»	429	186	»	»
Grenade	»	»	»	»	»	»	»	»	45	32	99	44
Cordoue	»	»	»	»	»	»	»	»	12	3	»	»
Almeria	»	»	»	»	»	»	»	»	5	3	»	»
Zamore	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	43	5
Saragosse	571	190	»	»	469	76	»	»	»	»	874	264
Alicante	208	88	»	»	59	36	»	»	»	»	279	105
Cuenca	»	»	»	»	205	75	»	»	»	»	142	35
Teruel	118	44	»	»	»	»	»	»	»	»	498	402
Murcie	245	97	»	»	252	91	»	»	»	»	184	74
Carthagène	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	45	52
Albacète	»	»	»	»	29	12	»	»	»	»	52	21
Tolède	104	41	»	»	86	25	»	»	»	»	»	»
Castellon	216	64	»	»	128	82	»	»	»	»	»	»
VILLES :												
Madrid	15	12	»	»	14	8	»	»	40	9	20	5
Aranjuez	»	»	»	»	1	3	»		2	»	»	»

L'Affaire de l'hôpital Saint-Louis.

Dans l'accident dont nous avons parlé récemment, une des deux morts serait imputable à la sœur de service. En effet, le chef de service n'avait prescrit de purgatif qu'à un seul des deux malades, et c'est de son initiative privée, sans l'assentiment du chef ni de l'interne, que la sœur aurait fait prendre une partie du médicament par le second malade, qui devait sortir le lendemain.

Congrès médical international de Washington.

Nous apprenons par le « *Medical Times* » que l'organisation du Congrès international des sciences médicales à Washington, rencontre certaines difficultés chez nos confrères d'outre-mer. L'association médicale américaine n'approuve pas les actes du Comité nommé à Copenhague, quoique celui-ci se soit adjoint un grand nombre de membres de ladite association. Elle voudrait remplacer le Comité par un autre sortant entièrement de son sein.

Nous aurions mauvaise grace à vouloir critiquer en quoi que ce soit l'honorable association médicale des Etats-Unis, mais il est incontestable que cette façon d'agir est contraire à l'usage consacré jusqu'à ce jour par le Congrès international des sciences médicales, et, comme le dit très justement le *Medical Times*, elle risque fort de compromettre à jamais le succès de ces réunions internationales. Ce qui est non moins certain et non moins grave, c'est qu'ainsi on éloignerait du Congrès beaucoup de membres américains, qui jouissent ici de la plus haute estime et des sympathies les plus profondes. Or, si l'espoir d'étendre le cercle de nos connaissances, de lier des relations nouvelles est un puissant attrait pour nous, nous ne serons pas moins heureux de revoir ceux, dont les noms sont connus de longue date, et que nous sommes fiers d'appeler nos amis. Nul doute que ce qui les froissera refroidira considérablement le zèle de leurs collègues de l'ancien-monde à se confier aux flots incertains de l'Océan.

Nous avons d'ailleurs bon espoir que nos collègues d'Amérique s'entendront, que l'association ne défera pas ce qu'a fait le Congrès et que nous retrouverons à Washington le rejeton de l'ancien tronc, portant dans un nouveau sol des fruits d'autant plus beaux, qu'il aura été fécondé par l'amour confraternel et l'esprit de conciliation.

Service médical de nuit dans la ville de Paris.

Statistique du 1er avril au 30 juin 1885, par le Dr Passant.

Arrondissements.	Hommes.	Femmes.	Enfants au-dessous de 3 ans.	Total.
1er	13	14	3	30
2e	21	16	2	41
3e	20	31	6	57
4e	29	44	1[illegible]	85
5e	19	40	10	69
6e	15	16	6	37
7e	11	19	3	33
8e	3	9	»	12
9e	20	29	6	5[illegible]
10e	23	4[illegible]	7	73
11e	77	105	42	224
12e	18	37	15	70
13e	38	72	25	13[illegible]
14e	4[illegible]	55	27	12[illegible]
15e	31	51	23	105
16e	17	17	4	38
17e	3[illegible]	55	19	109
18e	48	81	32	161
19e	35	6[illegible]	19	119
20e	75	112	32	219
	5[illegible]0	916	293	1799

MALADIES OBSERVÉES.

Maladie	Nombre
A	
Angines et laryng.	101
Croup	48
Coqueluche	5
Ophthalmie	1
Corps étranger de l'œsophage	»
B	
Asthme	43
Affections du cœur.	70
Bronchites aiguës et chroniques	93
Pleuro-pneumonie.	80
Congestion pulmonaire	24
C	
Affections et troubles gastro-intestinaux	132
Cholérine.	29
Dysenterie	2
Athrepsie.	13
Coliques hépatiques, néphrétiques, saturnines.	50
Hernie étranglée	15
Rétention d'urine	20
Orchite	2
Phimosis	1
D	
Métrite. Métro-péritonite	44
Métrorrhagie	40
Fausse-couche	56
Accouc. Délivrance	201
Accouc. non term	28
E	
Affect. cérébrales, Paralysies.	80
Eclampsie. Convulsions.	59
Névralgies	34
Névroses	80
Epilepsie.	26
Aliénation mentale.	14
Alcoolisme. Delirium tremens.	19
Rage	»
F	
Rhumatisme	16
Affections éruptives	56
Fièvre intermitt.	6
Fièvre typhoïde.	20
Hémorrhagies de causes internes et externes.	75
G	
Plaies. Contusions.	101
Fractures. Luxations. Entorses	35
Brûlures	5
Empoisonnements.	17
Asphyxie par le charbon	8
— submersion.	5
Suicide	»
H	5
Mort à l'arrivée du médecin	52
Total.	1799

La moyenne des visites par nuit est de 19 77/100.
Pour le trimestre correspondant de l'an dernier, elle était de 19 10/100
Les hommes entrent dans la proportion de 33 0/0.
Les femmes — — de 51 0/0,
Les enfants au-dessous de 3 ans, 16 0/0.

Visites du 2e trimestre de	1884	1.730
— —	1885	1.799
Différence en plus.		69

La Maternité de l'Hôtel-Dieu de Troyes.

La Maternité de l'Hotel-Dieu de Troyes qui comprend 18 lits est encore, en 1885, divisée en 2 parties ou deux salles. La première est réservée aux *femmes mariées* : elle est bien ornementée et d'un aspect et séjour agréables. La seconde salle, absolument séparée de la première est réservée aux *filles-mères*. Les murs en sont nus et ressemblent beaucoup plus à ceux d'une prison qu'a ceux d'une salle de malades. Le service de ces deux salles est fait par des sœurs qui, lorsqu'on visite l'hôpital ne manquent pas de faire remarquer cette division inique avec une insistance qui suggère bien des réflexions.

Le conseil d'administration des hopitaux et hospices de Troyes est cependant composé d'hommes qui se disent sincerement républicains. Deux sont membres du Conseil municipal; et l'un deux s'intitule meme socialiste révolutionnaire.

Enseignement médical libre.

Cours particulier de technique microscopique. — M. le Dr Latteux, chef du laboratoire d'histologie de la faculté à l'hopital de la Charite, commencera un nouveau cours, le lundi 10 août prochain à 4 heures, dans son Laboratoire, rue du Pont-de-Lodi, no 5. Ce cours, essentiellement pratique, est destine à mettre les élèves en mesure d'exécuter les analyses microscopiques exigées journellement par la profession médicale. Pour cela, ils sont exercés individuellement et répètent eux-mêmes toutes les expériences. Les microscopes et autres instruments sont à leur disposition. On s'inscrit tous les jours de 4 à 5, excepté le samedi, rue du Pont-de-Lodi, no 5.

FORMULES

3. Paraldéhyde (1).

Isomère de l'aldéhyde, la paraldéhyde, soluble dans l'eau (1/10), moins soluble à chaud qu'à froid, est utilisée comme succédané du chloral. Introduite dans la thérapeutique par M. O. Berger, elle est hypnotique à dose triple de celui-ci. Selon M. Peretti, même à fortes doses, elle serait sans danger pour le cœur; l'effet hypnotique se produit rapidement, sans stade d'excitation et sans état congestif. Le nombre de pulsations du pouls est généralement diminué. Les mouvements respiratoires diminuent, la température s'abaisse; la diurèse est moins abondante. On a parfois observé, à la suite de son administration, des nausées, des vomissements et des vertiges. A hautes doses, abolition de la sensibilité et des mouvements réflexes : mort par arrêt de la respiration. Son action porte sur les hémisphères cérébraux, la moelle allongée et la moelle épinière.

Antagonisme entre la strychnine et la paraldéhyde (Dujardin-Beaumetz).

Employée d'abord comme hypnotique, puis comme sédatif dans la manie, la mélancolie, etc., par de nombreux auteurs, (Morselli, Peretti, Berger, Langrenter, Masius, Nercam (1884) etc.). M. Kéraval paraît être le premier qui l'ait employée hypodermiquement.

Eau distillée. . . . . 16 gr.
Eau de laurier-cerise. } àà. 4 gr.
Paraldéhyde. . . . . }

Kéraval.

Il faut avoir soin, avant de se servir de cette solution, de la plonger dans l'eau tiède, non pas que la chaleur augmente le degré de sensibilité, loin de là, mais parce qu'en s'opposant à la cristallisation de la paraldéhyde, elle assure son maintien à l'état liquide et, par suite, son immixtion au véhicule. Par ce subterfuge, on injecte facilement 20 centigr. par seringue de Pravaz (P. Keraval).

Paraldéhyde . . . . 50 gr.
Essence de menthe. . . . . X gouttes.
Huile d'olives qs. pour faire 10cc

Langreuter et Strubich.

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 19 juillet au samedi 25 juillet 1885, les naissances ont été au nombre de 1203, se decomposant ainsi: *Sexe masculin* : légitimes, 437; illégitimes, 159. Total, 546. — *Sexe féminin* : légitimes, 443 ; illégitimes, 164. Total, 607.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1881; 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 19 juillet au samedi 25 juillet 1885, les décès ont été au nombre de 964, savoir : 531 hommes et 433 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoide : M. 23 F. 13. T. 36. Variole : M. 1 F. 1, T. 2. — Rougeole. M. 11, F. 10, T. 21 — Scarlatine : M. 3 F. 1 T. 4. — Coqueluche : M. 3, F. 4. T. 7. — Diphtherie, Croup. M. 19 F. 5, T. 24. — Dyssenterie : M 0. F. 0, T. 0. — Erysipèle : M. 2, F. 2, T. 4. — Infections puerpérales : 2 — Autres affections épidémiques : M. ., F. ., T. . — Méningite tuberculeuse et aiguë : M. 28 F 22, T. 42. — Phthisie pulmonaire : M. 91, F. 80 T. 171. — Autres tuberculoses : M. 19, F. 8. T 27. — Autres affections générales : M. 25, F. 46 T. 71. — Malformations et débilité des âges extrêmes : M. 19, F. 23, T. 42. — Bronchite aiguë : M. 9 F. 8, T. 17. — Pneumonie : M. 27, F. 23, T. 50. — Athrepsie : M. 63, F. 49. T. 113. — Autres maladies des divers appareils . M. 163, F. 133, T. 296. — Après traumatisme : M. ., F. ., T. .. — Morts violentes : M. 25, F. 3. T. 28. — Causes non classées M. 8, F. 4, T. 12.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 80 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 33; illégitimes, 15. Total : 48. — *Sexe féminin* : légitimes, 20 ; illégitimes, 12. Total : 32.

(1) L'action physiologique de la paraldéhyde a été bien étudiée par M. Cervello (1883) dans le laboratoire de M. Schiancderg, puis par différents auteurs, MM. Albertini, Frederici, Quinquaud, Hénocque, Bochefontaine, Prévost, qui confirmèrent la plupart les résultats obtenus par Cervello : toutefois, surtout au point de vue de l'action de la paraldehyde sur le sang, les résultats sont tout à fait contradictoires.

CONCOURS DU PROSECTORAT. — MM. BROCA et CHAPUS sont nommés prosecteurs à la Faculté de médecine de Paris.

CONCOURS DU BUREAU CENTRAL. *Chirurgie.* — Ce concours s'est terminé par la nomination de MM. BRUN et ROUTIER.

CONCOURS POUR LES BOURSES DE PHARMACIE. — Ce concours s'ouvrira le lundi 26 octobre 1885, au siège des écoles supérieures de pharmacie et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie. Les registres d'inscription seront clos le samedi 17 octobre, à 4 heures.

ASSISTANCE PUBLIQUE. — Voici les noms des agrégés devant remplacer pendant les vacances les professeurs de clinique. Hôtel-Dieu : MM. HANOT et PEYROT ; — Pitié : MM. TROISIER et RICHELOT ; — Charité : MM. LANDOUZY et Paul SEGOND ; — Necker : M KIRMISSON ; — Saint-Louis : M. HALLOPEAU ; — Clinique d'accouchements : M. CHARPENTIER ; — Enfants-Malades : M. HUTINEL ; — Salpêtrière : M. QUINQUAUD.

ENSEIGNEMENT OFFICIEL. — On trouve au *Journal Officiel* du 28 juillet, différents décrets concernant les fonctions de chef des travaux anatomiques dans les facultés de médecine et dans les facultés mixtes de médecine et de pharmacie ; les suppléants dans les écoles de plein exercice; le cumul des fonctions de suppléant et de chef des travaux; un décret fixe les conditions et les programmes des concours pour ces places.

SOCIÉTÉ D'ETHNOGRAPHIE. — Dans sa séance publique annuelle, cette Société a décerné une grande médaille d'argent à M. le Dr LEGRAND, et une médaille de bronze à M. le Dr D. BRINTON.

LES AVEUGLES EMPLOYÉS AU TÉLÉGRAPHE. — Le journal l'*Electricité* annonce que l'on prépare des appareils spéciaux, permettant de confier des services télégraphiques aux aveugles.

MEETING CONTRE L'ABUS DE L'ALCOOL. — A l'occasion de l'Exposition d'Anvers, il se tiendra les 11 et 12 septembre prochain un grand *meeting international contre l'abus des boissons alcooliques*, auquel seront convoqués tous ceux qui se préoccupent de la question. Pour obtenir des cartes d'invitation ou des renseignements, s'adresser à M. le Dr A. MŒLLER, 1, rue Montoyer, à Bruxelles. La participation est gratuite.

LA STATUE DE DARWIN. — On vient d'inaugurer la statue de Darwin dans le nouveau muséum d'histoire naturelle de South-Kensingtoa, bâti sur l'emplacement de l'exposition universelle de 1851. — Une partie du montant de la souscription pour cette statue a été affectée à la création d'un fonds spécial, dit *fonds Darwin*, qui sera appliqué, sous la direction de la Société royale, à l'encouragement des sciences biologiques.

NOUVEAU JOURNAL. — Nous recevons les premiers numéros de la *Révista internacional de ciencias medicas y biologicas*, paraissant tous les trois mois à Madrid sous la direction de M. Don Carlos de Vicente y Charpentier.

NÉCROLOGIE. — Le Dr Ph.V. COLLIN (de Paris), ancien interne des hôpitaux. — Le Dr DUPONCHELLE, maître de conférences d'histoire naturelle à la Faculté de médecine de Lille, mort à l'âge de 29 ans. — Le Dr A. L. BOYER, professeur honoraire de la Faculté de médecine de Montpellier. — Le Dr Jean Alois MINNICH (de Baden), mort à l'âge de 84 ans. — Le Dr Alfred LESURE (d'Attigny).

Dr GOLDSCHMIDT. — Madère, station d'hiver ; 1 volume in-8, prix : 2 francs, en vente chez A. Delahaye et Emile Lecrosnier, place de l'Ecole-de-Médecine, à Paris.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Publications du Progrès Médical.

BOUDET DE PARIS. — **Du traitement de l'occlusion intestinale par l'électricité.** Brochure in-8 de 16 pages. — Prix : 50 c. — Pour nos abonnés . . . . 35 c.

FÉRÉ (Ch.). — **Trois autopsies pour servir à la localisation cérébrale des troubles de la vision.** Broch. in-8 de 11 pages, avec 6 figures. — Prix : 50 c. — Pour nos abonnés. . . . . 35 c.

GILLES DE LA TOURETTE. — **Etude sur une affection nerveuse caractérisée par de l'incoordination motrice, accompagnée d'écholalie et de coprolalie (Jumping, Latah, Myriachit).** Broch. in-8 de 68 pages. — Prix : 2 fr. 50. — Pour nos abonnés. . . . . . 1 fr. 75.

PICARD (H.) — **Des bougies et de leurs usages.** Brochure in-8 de 11 pages, avec 21 figures. — Prix : 50 c. — Pour nos abonnés. . . 35 c.

SOUZA-LEITE. — **Cas d'hystérie dans lequel les attaques sont marquées par une manifestation rare. — Eternuements.** — Br. in-8 de 6 pages. — Prix : 40 c. — Pour nos abonnés. . . . . 30 c.

Librairie G. MASSON, 120, boul. St-Germain.

DEBACKER. — Nécessité de l'accouchement antiseptique dans les centres populeux. Broch. in-8 de 51 pages.

LOGERAIS. — Traitement spécial des affections gastro-intestinales, le plus ordinairement désignées sous le nom de dyspepsie, par les eaux de Pougues. Broch. in-8 de 16 pages.

Librairie de O. BERTHIER, 104, boulevard Saint-Germain.

MONCORVO. — Contribution à l'étude de la sclérose multiculaire chez les enfants. Broch. in-8 de 55 pages. — Prix : 2 fr.

Librairie F. ALCAN, 108, boulev. Saint-Germain.

ARTAUD (G.). — Etude sur l'étiologie de la fièvre typhoïde (Bacille de la fièvre typhoïde.) Broch. in-8 de 44 pages, avec 1 pl. hors texte. — Prix : 1 fr. 50.

GALEZOWKI (X.). — Des cataractes et de leur traitement. Vient de paraître le 1er fascicule. 1 vol. in-8 de 259 pages, avec figures. — Prix : 3 fr. 50.

Librairie A. DELAHAYE et E. LECROSNIER. Place de l'Ecole-de-Médecine.

Les eaux ferro-cuivreuses de Saint-Christan (Basses-Pyrénées). Caractères généraux et principales indications. Broch. in-8 de 10 pages.

OVILO (F.). — La higiene en el teatro. Broch. in-12 de 86 pages. Madrid, 1885. — Imprenta de E. Teodoro.

HUNTER. — Fifty cases of abdominal section ; with remarks on laparotomy. Broch. in-8 de 24 pages. — New-York, 1885. — *The New-York medical Journal.*

STERNBERG. — Désinfection and disinfectants. — Preliminary report made by the committee on disinfectants of the American public health association. Broch. in-8 de 12 pages. — Mr George, M. Sternberg, M.-D., Surgeon, U. S. army.

BERGESIO. — Influenza di alcune applicazioni idroterapiche sulla circolazione cerebrale nell'uomo. Ricerche sperimentali. Broch. in-8 de 37 pages, avec 17 figures. — Reggio-Emilia, 1885. Tipografia di Stefano Calderini e Figlio.

FABRE (V.-F.). — Notice illustrée sur les établissements thermaux de Lamalou-le-Haut (Thermes romains) et de Lamalou-le-Centre. Broch. in-8 de 195 pages, avec gravures et une carte. — Toulouse, 1885. — Imprimerie Saint-Cyprien.

FEIGNEAUX (A.). — L'érythroxylum coca. La coca et la cocaïne. Historique. — Physiologie. — Thérapeutique. Brochure in-8 de 74 pages. — Bruxelles, 1885. — H. Lamertin.

PÉCHOLIER. — Les remèdes dits spécifiques sont des agents antizymasiques. Broch. in-8 de 16 pages. — Montpellier, 1885. Librairie Coulet et Paris : Librairie A. Delahaye.

SEMELAIGNE. — Du sommeil pathologique chez les aliénés. Broch. in-8 de 63 pages. — Paris, 1885. — Imp. Rougier et Cie.

OZONEINE ou ozone en solution concentrée. Effets désinfectants, physiologiques, thérapeutiques, mode d'emploi. Broch. in-8 de 20 pages. — Paris, 1885. — Pharmacie Beck.

SOMMA. — Relazione sanitaria sui casi di colera avvenuti in sezione Porto durante la epidemia delle'anno 1884. Brevi considerazioni clinico-terapeutiche. Broch. in-8 de 20 pages. — Napoli, 1885. — Tipografia del Vaglio.

13e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. II. N° 32. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 8 AOUT 1885.

Le Progrès Médical

CLINIQUE DES MALADIES NERVEUSES

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. CHARCOT.

A propos de six cas d'hystérie chez l'homme (1).

DEUXIÈME LEÇON

Recueillie par M. GUINON, interne du service.

Messieurs,

Je viens terminer aujourd'hui l'étude que nous avons commencée dans la dernière leçon. Je procéderai d'ailleurs comme je l'ai fait l'autre jour, surtout par voie de démonstration clinique. Notre matériel d'hystériques mâles est loin d'être épuisé. Trois nouveaux sujets vont successivement passer sous vos yeux; au fur et à mesure les principaux détails des observations qui les concernent nous seront communiqués. Je laisserai les faits parler d'eux-mêmes et je relèverai seulement par quelques courts commentaires, les enseignements les plus importants que fournissent ces observations.

Obs. IV. Le sujet qui va vous être présenté ne rentre pas tout à fait dans le cadre où nous sommes resté, jusqu'ici, en ce sens qu'il s'agit d'un adolescent et non pas d'un homme fait. Mais chez lui, la maladie paraît douée, vous allez le voir, de ce caractère de permanence et de ténacité que nous avons rencontré déjà.

Le nommé Mar... âgé de 16 ans est entré dans le service de la clinique, le 29 avril 1884, c'est-à-dire il y a un an. Il est né et il a vécu jusqu'à l'âge de 14 ans, à la campagne. Sa mère aurait eu en 1872 quelques attaques d'hystérie. Son *grand-père paternel* était *alcoolique* et d'un caractère très violent. C'est tout ce que l'on peut relever dans les antécédents héréditaires. Quant à lui, c'est un gros garçon, bien développé, quoiqu'il ait eu dans son enfance quelques manifestations strumeuses, à savoir : écoulements d'oreilles, ganglions dans la région mastoïdienne. Il est intelligent, d'un caractère plutôt gai et n'a jamais été peureux; mais il était sujet à des accès de colère très violents, allant dans ses accès jusqu'à briser tout ce qu'il rencontrait sous sa main. Il y a deux ans, il fut placé à Paris, chez un boulanger, à titre d'apprenti. Peu de temps après, il eut une fluxion de poitrine et l'affaiblissement que produisit cette maladie ne fut certainement pas sans influence sur le développement des accidents qui suivirent bientôt. Quelque temps après, encore convalescent, il éprouva une violente frayeur. Il fut, dit-il, attaqué par deux jeunes gens, un soir dans la rue; il tomba presque immédiatement sans connaissance, et fut transporté, dans cet état, chez son patron. Il ne portait aucune trace de blessure. A partir de ce moment, il resta pendant quelques jours plongé dans une sorte d'hébétude. Il commença à devenir sujet la nuit à des cauchemars très pénibles qui le tourmentent encore aujourd'hui. Il rêvait qu'il se battait, et souvent il se réveillait en poussant des cris. Enfin au bout de quinze jours les attaques d'hystérie commencèrent. Elles eurent lieu d'abord tous les jours, se présentant en séries de 8 ou 10, quelquefois on comptait deux séries dans la même journée ; puis elles diminuèrent peu à peu de nombre et d'intensité.

Au moment où le malade entre à la Salpêtrière, on constate l'état suivant : Les *stigmates* hystériques sont très nets; ils consistent en une *anesthésie en plaques* disséminées irrégulièrement sur tout le corps, et sur lesquelles l'insensibilité est complète, au toucher, au froid et à la douleur. L'ouïe, le goût, l'odorat, sont obnubilés du côté gauche, et pour ce qui est de la vision, on constate l'existence d'un *double rétrécissement du champ visuel*, plus accentué du côté droit. De ce côté le malade ne distingue pas le violet, tandis qu'à gauche il reconnaît toutes les couleurs; mais des deux côtés, phénomène remarquable sur lequel j'ai maintes fois appelé votre attention et que nous avons déjà rencontré d'ailleurs chez le premier de nos sujets, le champ visuel du rouge est plus étendu que celui du bleu, contrairement à ce qui a lieu, vous le savez, dans les conditions normales. Il n'existe qu'un *point hystérogène*: il occupe la région iliaque gauche. Aujourd'hui encore, bien que la maladie ait débuté il y a deux ans, les attaques surviennent spontanément à intervalles assez courts, tous les 10 ou 12 jours environ. Elles peuvent être provoquées très facilement, lorsqu'on exerce une pression même modérée sur le point hystérogène. Une pression plus énergique exercée sur ce même point arrête l'attaque.

Celle-ci, qu'elle soit spontanée ou provoquée, est toujours précédée d'une aura : douleur iliaque au niveau du point hystérogène, sensation de boule qui de l'épigastre remonte jusqu'à la gorge, bourdonnements d'oreilles, battements dans les tempes. Puis l'attaque commence : les yeux se renversent en haut dans leur orbite, les bras se raidissent dans l'extension et le malade, s'il est debout, tombe en perdant connaissance. La phase épileptoïde est en général peu accentuée et très courte, mais la période des grands mouvements et des contorsions qui lui fait suite est excessivement violente et de longue durée. Le malade pousse des cris, mord tout ce qu'il trouve à sa portée, il déchire ses draps, fait les grands mouvements classiques de salutation qu'il interrompt de temps à autre, en prenant l'attitude si caractéristique de l'arc de cercle. La scène se termine par la phase des attitudes passionnelles qui est fort accentuée chez lui et diffère un peu suivant les cas. Ainsi, quand l'attaque a été spontanée, il peut arriver que les hallucinations en jeu aient par moment un caractère gai, tandis que si la crise a été provoquée par l'excitation de la plaque hystérogène, le délire est toujours sombre, furieux, accompagné de paroles grossières, d'injures : « Canailles, chameaux, carabins! etc. »

En général plusieurs attaques se succèdent de façon à constituer une série plus ou moins nombreuse.

Chez ce sujet, je me bornerai à relever la permanence et en quelque sorte l'immobilité des éléments constitutifs de l'hystérie, rappelant ce qui s'observe souvent chez l'homme. Ainsi que vous l'avez pu remarquer,

(1) Voir *Progrès médical*, n° 18.

chez notre jeune malade, bien que deux ans se soient écoulés depuis le moment du début, les crises convulsives sont encore fréquentes aujourd'hui, quoique nous ayions pu faire, et les stigmates hystériques, anesthésie sensorielle et sensitive, n'ont pas varié sensiblement, depuis le jour où nous les avons étudiés pour la première fois. Rien ne laisse prévoir qu'ils doivent se modifier bientôt.

Il n'en est pas ainsi, Messieurs, habituellement chez les jeunes garçons, particulièrement lorsque la maladie s'est développée chez eux, avant l'âge de la puberté. A cet âge, c'est là du moins ce qui me paraît résulter des observations nombreuses que j'ai eu l'occasion de recueillir, les symptômes hystériques sont, en général, beaucoup plus fugaces, beaucoup plus mobiles, quelque accentués qu'ils puissent être et ils cèdent le plus souvent assez facilement devant la mise en œuvre d'une médication appropriée (1).

A part une anomalie dans la forme des attaques, sur laquelle je reviendrai dans un instant, le cas dont je vais vous entretenir maintenant et qui concerne un jeune homme de 22 ans, doit être rattaché encore, comme les précédents, au type hystéro-épilepsie.

Obs. V. — Le nommé Ly..., maçon, âgé de 22 ans, est entré à la Salpêtrière, service de la clinique, le 24 mars 1885. Il est né à la campagne, aux environs de Paris; c'est un garçon de taille moyenne, peu développé et plutôt d'apparence débile. Son père, qui a exercé la profession de charretier, est alcoolique. Sa mère, morte tuberculeuse, a eu des *attaques d'hystérie.* Enfin, l'on trouve dans sa famille une grand'mère maternelle encore hystérique, bien qu'elle ait atteint l'âge de 82 ans, et *deux tantes* maternelles toutes deux atteintes d'*hystérie.* Voilà des antécédents d'une importance capitale, quatre hystériques et un alcoolique dans une même famille! les antécédents personnels ne sont pas moins intéressants à relever. Notre malade a toujours été peu intelligent, faible d'esprit, il n'a jamais rien pu apprendre à l'école; mais il ne présente pas au reste, à part cette débilité psychique, de troubles mentaux bien caractéristiques. Il avoue avoir bu pendant assez longtemps cinq ou six petits verres d'eau-de-vie par jour et du vin en assez grande quantité: mais il assure avoir perdu cette mauvaise habitude depuis qu'il est tombé malade. Il y a trois ans, il a eu un érysipèle de la face suivi bientôt d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu, d'ailleurs assez légère, puisqu'elle ne le retint que quinze jours au lit. La même année, il se soigna pour se débarrasser d'un ver solitaire dont il souffrait, et prit de l'écorce de racine de grenadier. Le remède produisit l'effet attendu; le malade rendit d'abord des fragments, puis le ver tout entier. Mais la vue du ténia qu'il trouva dans ses selles, le frappa d'une manière toute particulière et l'émotion qu'il ressentit fut assez vive, pour que, pendant quelques jours, il souffrit de légers accidents nerveux tels que coliques, douleurs et secousses dans les membres, etc.

Il y a un an, pendant qu'il travaillait à Sceaux de son métier, le fils d'un de ses camarades fut rudement frappé par son père; témoin de la scène, L... voulut s'interposer; mal lui en prit, car le camarade furieux tourna ses coups contre lui. et alors qu'il fuyait lui lança une grosse pierre qui heureusement ne l'atteignit pes; mais la frayeur ressentie par L... fut très vive; immédiatement il fut pris de tremblement des membres et la nuit qui suivit, il lui fut impossible de trouver le sommeil. L'insomnie persista les jours suivants; de plus, nuit et jour, il était tourmenté d'idées noires. Il croyait à chaque instant voir de nouveau son ver solitaire ou encore assister à la lutte dont il avait failli être victime; de plus, il souffrait de picotements dans la langue, ne mangeait plus, se sentait faible et travaillait mal. Cet état durait depuis quinze jours, losqu'un soir, vers six heures, survint la première attaque convulsive. Déjà depuis le matin il souffrait d'une douleur à l'épigastre avec sensation de boule, d'étouffement et de bourdonnement dans les oreilles. Au moment où l'attaque commença, nous dit-il, il sentait que sa langue était attirée dans sa bouche vers la gauche, par une sorte de traction involontaire, irrésistible. Puis il perdit connaissance et quand il revint à lui, on lui dit qu'il avait eu la figure tordue à gauche, les membres agités d'un tremblement, et qu'une fois les convulsions arrêtées, il s'était mis à parler à haute voix sans se réveiller. Pendant les mois qui suivirent, des crises en tout semblables, se répétèrent tous les huit ou quinze jours environ, et il se vit obligé, durant cette longue période, de cesser tout travail à cause de l'état de faiblesse où il se trouvait. Ces crises furent considérées comme des attaques épileptiformes d'origine alcoolique et pendant près d'un an il fut soumis à l'emploi du bromure de potassium à dose élevée sans que les accidents en aient été modifiés en rien. Dans la journée qui suivit son entrée à la Salpêtrière, il se produisit spontanément une série de cinq attaques successives auxquelles il ne nous fut pas donné d'assister.

Le lendemain, l'examen méthodique du malade nous fait constater ce qui suit: anesthésie généralisée, dis-

(1) Deux jours après que la présente leçon a été délivrée, M. le professeur Charcot a admis dans son service un jeune homme de 21 ans, de nationalité belge, le nommé Faé, grand, maigre, haut en couleur, aux cheveux d'un blond pâle, qui, comme les précédents, offre à l'étude sous sa forme la plus classique, toute la symptomatologie de l'hystéro-épilepsie à crises mixtes. Dans les antécédents héréditaires on ne trouve à relever ici, que l'alcoolisme chez le père, et parmi les antécédents personnels dans l'enfance, des terreurs nocturnes, des cauchemars fréquents, et, même en plein jour, parfois, des visions d'animaux, de figures affreuses.

En novembre 1884, F..., fut gravement atteint du choléra. Il guérit, mais la convalescence fut longue, et pendant plusieurs semaines il resta très affaibli, sujet à ressentir des crampes dans les membres inférieurs, et des douleurs abdominales. Trois mois après sa guérison, étant encore à l'hôpital, en convalescence, la vue d'un cadavre qu'on emportait le jeta dans une grande frayeur et presque aussitôt survint la première attaque. Une autre frayeur survenue peu après en conséquence d'une mauvaise plaisanterie imaginée par un malade couché dans la même salle, paraît avoir décidé la situation, car à partir de cette époque F..., ne cessa pas d'être sous le coup d'hallucinations terrifiantes en même temps que les accès convulsifs se montraient à peu près régulièrement toutes les nuits. Lors de l'entrée du malade à la clinique de la Salpêtrière on constate ce qui suit: anesthésie cutanée disposée en plaques disséminées; diminution du goût et de l'odorat à gauche; rétrécissement du champ visuel limité à l'œil droit; points hystérogènes très étendus sous forme de larges plaques hyperesthésiques occupant en avant presque toute la surface de l'abdomen et en arrière les régions des omoplates, les fesses, le creux poplité, la plante des pieds, etc. L'attaque peut être facilement provoquée lorsque ces plaques d'hyperesthésie sont soumises à une friction un peu vigoureuse. Après l'aura classique survient une période épileptoïde très nettement caractérisée. La période des grands mouvements, comprenant l'attitude en arc de cercle est également très classique. Enfin survient la phase des attitudes passionnelles pendant laquelle le malade paraît en proie à un délire sombre ou furieux. Ainsi, de même que dans les cas dont il a été question précédemment, la grande hystérie est survenue chez cet homme, à la suite de l'affaiblissement causé par une maladie grave, en conséquence d'une grande frayeur, et chez lui comme chez les autres, elle se montre douée à un haut degré de ses attributs caractéristiques, telle en un mot qu'on l'observe fréquemment chez la femme.

posée par plaques disséminées ; rétrécissement considérable du champ visuel des deux côtés ; le champ du rouge est plus étendu que celui du bleu ; diplopie monoculaire. Il existe deux points spasmogènes, l'un au niveau de la clavicule droite, l'autre au-dessous des dernières fausses côtes du même côté. Une pression un peu forte exercée sur ce dernier point, détermina immédiatement lors du premier examen, une attaque que nous pûmes étudier dans tous ses détails. Elle est précédée de l'aura classique ; constriction épigastrique, sentiment d'une boule au cou, etc. Dans ce moment même, et avant que le malade ait perdu connaissance, la langue, raidie, est attirée dans la bouche vers le côté gauche ; on sent à l'aide du doigt, que sa pointe est portée derrière les molaires de ce côté. La bouche, entr'ouverte, se dévie à son tour, la commissure labiale gauche est relevée et tirée vers la gauche ; tout le côté gauche de la face, à son tour, prend part à cette déformation ; la tête elle-même, enfin, est fortement tournée vers la gauche. Le malade en ce moment est, depuis quelque temps, devenu inconscient. Alors les membres supérieurs se raidissent dans l'extension, le droit d'abord, puis le gauche. Les membres inférieurs, cependant, restent flasques ou du moins se raidissent très peu. Le mouvement de torsion vers la gauche, d'abord accusé à la face, ne tarde pas à se généraliser, et roulant sur lui-même, le malade se trouve bientôt couché sur le côté gauche. C'est alors que les convulsions cloniques remplacent les toniques. Les membres sont agités de vibrations fréquentes et de peu d'étendue. La face est le siège de secousses brusques, puis survient un relâchement complet sans stertor. Mais en ce moment le sujet semble tourmenté par des rêves pénibles. Il revoit sans doute mentalement la scène de sa lutte avec son camarade. « Canaille..., Prussien..., un coup de pierre..., il veut me tuer ; telles sont les paroles qu'il profère d'une façon parfaitement distincte. Puis tout à coup, il change d'attitude ; on le voit, assis sur son lit, passer à diverses reprises sa main sur son membre inférieur, comme s'il cherchait à se débarrasser de quelque reptile qui, enlaçant sa jambe, ferait effort pour remonter le long de sa cuisse, et pendant ce temps, il parle du « ver solitaire ». La scène de Sceaux revient ensuite : « Je vais te tuer..., un coup de fusil..., tu vas voir ». Après cette période, marquée par le délire et les attitudes passionnelles correspondantes, la période épileptoïde se reproduit spontanément, inaugurant ainsi une nouvelle attaque qui ne se distingue en rien de la première et qui peut être suivie de plusieurs autres. La pression des points hystérogènes peut d'ailleurs interrompre l'accès dans les diverses phases de son évolution. Au réveil, L... paraît étonné, comme stupide, et il assure ne se souvenir en rien de ce qui s'est passé.

Toutes les attaques, en assez grand nombre, tant spontanées que provoquées, dont nous avons été témoin, ont présenté exactement le même caractère. Toujours nous avons vu se reproduire dans le même ordre, systématiquement, et jusque dans les moindres détails, les divers incidents de la phase épileptoïde, débutant par la langue et la face, tels qu'ils viennent d'être décrits, en un mot, puis les scènes variées de la phase délirante.

Voilà, Messieurs, une attaque d'hystéro-épilepsie, qui, par un côté, s'éloigne notablement du type classique. Dans la première période, en effet, nous voyons les accidents convulsifs reproduire jusqu'à l'imitation presque parfaite les symptômes de l'épilepsie partielle, tandis que les contorsions, les grands mouvements, l'arc de cercle enfin, font absolument défaut. Mais nous connaissons, chez la femme, cette variété de l'attaque hystéro-épileptique ; bien qu'elle y soit assez rare j'ai eu néanmoins l'occasion de vous en présenter, dans ces derniers temps, plusieurs exemples parfaitement authentiques. Elle a été d'ailleurs, l'an passé, de la part de mon ancien chef de clinique, M. le Dr Ballet, actuellement médecin des hôpitaux, l'objet d'une étude attentive (1). En rapprochant des observations contenues dans ce travail, le cas qui vient de nous occuper, vous serez amenés à reconnaître une fois de plus les traits de ressemblance vraiment saisissants qui rapprochent l'hystéro-épilepsie de l'homme de celle de la femme, alors même que, cessant de considérer exclusivement le type fondamental on ouvre le chapitre des anomalies.

Une autre anomalie, moins rare celle-là, moins inattendue, c'est, dans l'hystérie de la femme, l'absence des crises convulsives. Vous savez, en effet, que, suivant l'enseignement de Briquet, un quart environ des hystériques femmes n'ont pas d'attaques. La maladie, en pareille occurrence, sans rien perdre cependant de son autonomie, n'est plus représentée symptomatiquement que par les stigmates permanents auxquels s'adjoignent parfois plusieurs accidents spasmodiques ou autres, tels que la toux nerveuse, les contractures permanentes, certaines arthralgies, certaines paralysies, des hémorrhagies s'opérant par diverses voies, etc., etc. ; or, les attaques peuvent également faire défaut dans l'hystérie de l'homme. Le cas que je vais vous montrer maintenant, lorsqu'il s'est présenté à nous, offrait un bel exemple de ce genre. La maladie s'est, en quelque sorte, complétée depuis, car actuellement les attaques existent. Mais pendant une longue période de 11 mois, il s'est agi ici d'un cas fruste, d'une interprétatien assez difficile d'ailleur, du moins à certains égards, ainsi que vous pourrez le reconnaître.

Donc le 10 mars dernier, le garçon que vous avez sous les yeux, se présentait à nous, atteint d'une monoplégie brachiale gauche, sans trace aucune de rigidité, molle, flexible en un mot, au plus haut degré, laquelle, disait-il, datait de 10 mois et était survenue quelques jours après un traumatisme dont l'action avait porté sur la partie antérieure de l'épaule gauche. Aucune trace de paralysie ou de parésie même, soit au membre inférieur correspondant, soit à la face ; pas traces non plus, malgré la date ancienne déjà du début de la paralysie, d'atrophie des muscles paralysés ; circonstance qui, jointe à l'absence de toute modification des réactions électriques dans ces muscles, nous conduisait immédiatement à éliminer l'influence — du moins l'influence locale, directe — du traumatisme. Nous étions frappés, d'ailleurs, de voir la peau des régions carotidiennes soulevée par des battements artériels violents. Le pouls de Korrigan était nettement accusé. L'auscultation du cœur révélait l'existence d'un souffle au deuxième temps et à la base et, d'autre part, nous relevions sommairement, dans les antécédents du malade, l'histoire d'un rhumatisme articulaire aigu qui l'avait tenu au lit pendant cinq ou six semaines. L'idée nous vint, en conséquence, tout naturellement, que cette monoplégie dépendait d'une lésion cérébrale en foyer, corticale, étroitement limitée dans la zone motrice, au centre brachial et consécutive elle-même, à l'affection valvu-

(1) Ballet et Crespin. *Des attaques d'hystérie à forme d'épilepsie partielle* (*Arch. de Neurologie*, 1884, nos 23 et 24).

laire du cœur. Mais une étude plus attentive du cas devait bientôt nous détromper. Sans doute, la monoplégie en question dérive d'une lésion cérébrale corticale principalement localisée dans la zone motrice du bras; mais il ne s'agit pas là d'une altération matérielle grossière, la lésion est purement « dynamique », « *sine materia* », du genre de celles, enfin, dont on imagine volontiers l'existence pour expliquer le développement et la persistance des divers symptômes permanents de l'hystérie. C'est là du moins ce qui ressortira, je pense, très nettement de l'examen détaillé que nous allons faire de notre malade.

Obs. VI. — Le nommé Pin..., âgé de 18 ans, exerçant actuellement la profession de maçon, est entré à la Salpêtrière le 11 mars 1885. Sa mère est morte à l'âge de 46 ans, à la suite « de rhumatismes » (?); son père est alcoolique. Une de ses sœurs, âgée de 16 ans est sujette à de fréquentes attaques de nerfs. C'est un jeune homme d'apparence solide, bien musclé, mais le fonctionnement du système nerveux a toujours laissé chez lui beaucoup à désirer. De 5 à 7 ans il a été atteint d'incontinence d'urine. Toujours il a été peu intelligent, sa mémoire est faible et il n'a pas appris grand'chose à l'école. D'ailleurs il était peureux, sujet à des terreurs nocturnes. Au point de vue moral c'est un anomal, un déséquilibré. Dès l'âge de 9 ans, il quittait souvent la maison paternelle et allait coucher sous les ponts, dans les salles d'attente des gares de chemins de fer. Son père l'ayant placé en apprentissage chez un fruitier, puis chez un pâtissier et d'autres encore, il recommença ses escapades. Une nuit il fut arrêté en compagnie d'une bande de jeunes vagabonds et interné à la Roquette, où son père le laissa pendant un an.

Il y a deux ans, à l'âge de 16 ans il fut pris d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu généralisé, précédé par un érysipèle de la face, c'est très vraisemblablement de cette époque que date l'altération organique du cœur que nous reconnaissons chez lui aujourd'hui.

Le 24 mai 1884, il y a 18 mois de cela, P..., alors apprenti maçon, tomba d'une hauteur d'environ deux mètres, et resta, à la suite, quelques minutes seulement sans connaissance sur le lieu où il était tombé. Il fut transporté à son domicile, et là on reconnut l'existence de quelques contusions occupant la partie antérieure de l'épaule, du genou et du cou-de-pied gauche, contusions légères qui n'entravaient pas sérieusement l'usage des parties affectées.

Pendant quelques jours, on put croire que tout en resterait là, mais le 27 mai, c'est-à-dire 3 jours après l'accident, P... s'aperçut que son membre supérieur gauche était devenu faible. Il alla alors consulter un médecin qui reconnut, paraît il, une parésie de tous les mouvements du bras gauche avec anesthésie de ce membre. Le 8 juin, c'est-à-dire 15 jours après sa chute et 11 jours après le début de la parésie, il entra à l'Hôtel-Dieu. Là, il fut examiné avec soin; on reconnut ce qui suit: signes bien caractérisés d'insuffisance aortique. Les parties qui ont été contusionnées ne sont le siège d'aucune douleur, soit spontanée, soit provoquée par les mouvements actifs ou passifs. Paralysie incomplète du membre supérieur gauche. Le malade pouvait encore, très incomplètement toutefois, fléchir la main sur l'avant-bras et celui-ci sur le bras; mais tous les mouvements de l'épaule étaient impossibles. Le membre paralysé était absolument flexible dans toutes ses articulations; pas traces de rigidité. La face, le membre inférieur gauche étaient absolument normaux; en ce qui concerne la motilité, il s'agissait donc bien là d'une monoplégie dans l'acception rigoureuse du mot. L'étude de la sensibilité fournissait les résultats que voici: Il existait déjà à cette époque une hémianalgésie gauche généralisée; l'anesthésie était complète, au membre supérieur exclusivement. Dès cette époque, on constatait le rétrécissement du champ visuel double, beaucoup plus accentué à gauche, que nous allons retrouver tout à l'heure. Enfin, le 25 juin, c'est-à-dire 22 jours après le début de la paralysie, celle-ci était devenue absolument complète. (1) Le diagnostic resta incertain, la thérapeutique inefficace. La faradisation, plusieurs fois appliquée sur le côté gauche, eut pour effet seulement de rendre la sensibilité moins obtuse sur le tronc, la face, le membre inférieur. L'anesthésie et la paralysie restèrent telles quelles au membre supérieur. Le rétrécissement du champ visuel ne s'était également nullement modifié à l'époque où P... quitta l'Hôtel-Dieu.

C'est le 11 mars de cette année, par conséquent, dix mois après la chute et neuf mois après l'établissement complet de la monoplégie que P... entra dans le service de la clinique à la Salpêtrière. Nous rétablissions alors les antécédents tels que je viens de vous les dire et de plus un examen clinique minutieux nous fournissait les résultats que voici: insuffisance aortique bien caractérisée. Il existe un souffle au second temps et à la base; les artères du cou sont soulevées par des battements apparents à la vue; pouls de Korrigan; pouls capillaire sensible au front.

La paralysie motrice du membre supérieur gauche, qui se présente inerte, pendant le long du corps et retombe lourdement lorsque, soulevé, on l'abandonne à lui-même, est complète, absolue. Il n'y a pas de traces d'un mouvement volontaire; pas traces de contracture. Les masses musculaires ont conservé leur volume, leur relief normal et les réactions électriques, tant faradiques que galvaniques, ne sont en rien modifiées. Très légère augmentation relative des réflexes tendineux du coude et de l'avant-bras. Anesthésie cutanée absolue au contact, au froid, à la piqûre, à la faradisation la plus intense sur toute l'étendue du membre, main, avant-bras, bras et épaule. Du côté du tronc cette anesthésie est limitée par une ligne circulaire déterminant un plan à peu près vertical qui, passant par le creux de l'aisselle, empiéterait un peu sur le creux sous-claviculaire, en avant, le tiers externe de la région de l'omoplate, en arrière. L'insensibilité s'étend au même degré aux parties profondes; on peut, en effet, faradiser fortement les muscles, les troncs nerveux eux-mêmes, tirailler énergiquement les ligaments articulaires, faire subir aux diverses jointures des mouvements de torsion violente, sans que le malade en ait conscience le moins du monde. La perte des diverses notions rattachées au sens musculaire est également complète; le malade est dans l'impossibilité de déterminer, même approximativement, l'attitude qui a été imprimée aux divers segments de son membre, la place qu'ils occupent dans l'espace, la direction et la nature des mouvements auxquels ils sont soumis, etc.

En dehors du membre supérieur gauche, il n'existe de ce côté, aucune modification de la motilité, soit à la face soit au membre inférieur, mais sur ces derniers

(1) Tous ces renseignements relatifs à ce qui s'est passé à l'Hotel Dieu, nous ont été obligeamment fournis par Mlle Klumpke, élève du service, où P..., avait été admis.

points, ainsi que sur la moitié gauche du tronc, on retrouve l'analgésie déjà signalée lors du séjour à l'Hôtel-Dieu. L'examen du champ visuel nous donne du côté droit l'état normal, tandis qu'à gauche, il y a un rétrécissement énorme; de plus, le cercle du rouge s'est transporté en dehors de celui du bleu. Il s'est donc produit dans le champ visuel, depuis le séjour à l'Hôtel-Dieu, une modification qu'il est intéressant de constater. De plus, nous relevons que l'ouïe, l'odorat, le goût, explorés par les procédés habituels, offrent une diminution très accentuée de leur activité du côté gauche.

Il nous fallait maintenant chercher à déterminer autant que possible la nature de cette monoplégie singulière, survenue à la suite d'un traumatisme. L'absence d'atrophie et de toute modification des réactions électriques des muscles dans un cas où la paralysie datait de 10 mois, devait faire repousser du premier coup l'hypothèse d'une lésion du plexus brachial; tandis que l'absence d'amyotrophie à elle seule, ainsi que l'intensité des troubles de la sensibilité, permettaient de rejeter l'idée qu'il s'agissait là d'une de ces paralysies, bien étudiées par M. le professeur Lefort et par M. Valtat, et qui se produisent en conséquence des traumatismes portant sur une articulation.

Une monoplégie brachiale peut survenir, très exceptionnellement, il est vrai, à la suite de certaines lésions de la capsule interne, comme le montre entre autres un fait récemment publié par MM. Bennet et Campbell, dans le journal le *Brain* (1); mais en pareil cas, on ne rencontrerait certainement pas l'hémianesthésie sensorielle et sensitive qui, quelquefois, se surajoute à l'hémiplégie vulgaire totale par lésion de la capsule.

La production dans l'hémisphère droit d'un petit foyer soit d'hémorrhagie, soit encore de ramollissement déterminé par embolie en conséquence de l'affection organique du cœur, foyer qu'on pouvait supposer limité étroitement à la zone motrice du bras, une telle lésion, dis-je, pourrait rendre compte de l'existence d'une monoplégie brachiale gauche. Mais dans cette supposition, la paralysie serait survenue tout à coup, à la suite d'un ictus, quelque léger qu'il pût être, et non pas progressivement; elle eût été marquée, presque à coup sûr, plusieurs mois après le début, par un certain degré, tout au moins, de contracture et par l'exagération nettement accusée des réflexes tendineux; elle ne se fût pas accompagnée enfin très certainement, de troubles de la sensibilité cutanée et profonde, aussi accentués que ceux que nous observons chez notre malade.

On devait donc, de toute nécessité, écarter encore dans le diagnostic cette dernière hypothèse, et celle d'une lésion spinale que nous ne croyons même pas devoir discuter, n'était pas plus admissible. D'un autre côté, notre attention avait été vivement attirée, dès l'origine, sur les antécédents héréditaires assez significatifs du sujet, sur son état psychique et sur ses mœurs, sur les troubles de la sensibilité répandus bien qu'inégalement sur tout un côté du corps, sur le rétrécissement du champ visuel si prononcé du côté gauche et marqué par la transposition du cercle du rouge, sur les modifications enfin de l'activité des autres appareils sensoriels du même côté; tout cela nous portait en quelque sorte invinciblement, surtout en l'absence d'une autre hypothèse quelque peu valable, à interpréter le cas comme un exemple d'hystérie. D'ailleurs, les caractères cliniques de la monoplégie, son origine traumatique elle-même — et pour ce dernier point je vous renvoie à ce que j'ai dit ailleurs (1), — n'étaient nullement en contradiction, tant s'en faut, avec cette vue. En effet, la limitation à un membre de la paralysie motrice, sans participation, à aucune époque, du côté correspondant de la face; l'absence d'exaltation marquée des réflexes tendineux, d'atrophie musculaire et de toute modification des réactions électriques, la résolution absolue du membre conservée plusieurs mois après le début du mal; l'anesthésie, cutanée et profonde, portée au plus haut degré sur ce membre et la perte totale des notions relatives au sens musculaire; tous ces phénomènes, lorsqu'ils se trouvent réunis et nettement accusés comme ils l'étaient chez notre malade, suffisent largement, vous le savez, pour révéler la nature hystérique d'une paralysie.

En conséquence, le diagnostic « hystérie » était franchement, résolûment adopté. Sans doute l'attaque convulsive faisait défaut; mais vous n'ignorez pas qu'elle n'est nullement nécessaire à la constitution de la maladie et cette circonstance ne devait pas nous arrêter. Par suite, le pronostic changeait complètement de caractère; nous n'étions plus en présence d'une affection de cause organique, peut-être incurable; nous pouvions nous attendre, malgré la longue durée du mal, à voir survenir soit spontanément, soit sous l'influence de certaines pratiques, quelqu'une de ces modifications brusques qui ne sont pas rares dans l'histoire des paralysies hystériques, des paralysies flexibles en particulier. En tout cas, on pouvait prévoir que, tôt ou tard, la maladie guérirait. Un événement ultérieur devait bientôt justifier nos prévisions et du même coup confirmer pleinement notre diagnostic.

Le 15 mars, 4 jours après l'entrée du malade, on rechercha avec soin, ce qui n'avait pas été fait jusque-là, s'il existait chez lui des zones hystérogènes. On en trouva, en effet, une située sous le sein gauche, une autre sur chacune des régions iliaques, une autre enfin sur le testicule droit. On remarqua qu'une excitation même légère de la zone sous-mammaire déterminait très facilement les divers phénomènes de l'aura : sensation de constriction du thorax, puis du cou; battements aux tempes, sifflements dans les oreilles surtout à gauche. Or, en insistant un peu plus, on vit tout à coup P. perdre connaissance, se renverser en arrière en raidissant ses membres et nous assistions ainsi à la *première attaque d'hystéro-épilepsie*, que le malade eût jamais éprouvée. Cette attaque était d'ailleurs absolument classique : a la phase épileptoïde succédait bientôt celle des grands mouvements. Ceux-ci sont d'une violence extrême, le malade dans ses mouvements de salutation va jusqu'à frapper sa face contre ses genoux. Un peu après il déchire ses draps, les rideaux de son lit et tournant sa fureur contre lui-même, il se mord le bras gauche. La phase des attitudes passionnelles se développe ensuite; P. paraît en proie à un délire furieux : il injurie, provoque et excite au meurtre des personnages imaginaires : « Tiens, prends ton couteau... va... frappe donc! » Enfin, il reprend ses esprits, et lorsqu'il est revenu à lui, il affirme qu'il n'a gardé aucun souvenir de ce qui vient de se passer. Il est à remarquer que pendant toute la durée de cette première attaque, *le membre supérieur gauche n'a pas*

(1) *Brain*, avril 1885, p. 78.

(1) Voir le *Progrès médical*, 1885, T. I, N° 18.

pris part aux convulsions ; il est resté flasque, complètement inerte. A partir de là, les attaques se reproduisent les jours suivants, spontanément, plusieurs fois, présentant d'ailleurs, absolument, toujours les mêmes caractères que l'attaque provoquée. Dans l'une d'elles qui a eu lieu pendant la nuit du 17 mars, le malade a uriné dans son lit. Deux autres attaques se produisent le 19. Le 21 survient une nouvelle crise *pendant laquelle le bras gauche s'agite*. Au réveil le malade pouvait, à son grand étonnement, mouvoir volontairement les divers segments de ce membre, *dont il n'avait pas pu faire usage, un seul instant, pendant une longue période de près de* 10 *mois*. La paralysie motrice n'était pas complètement guérie, sans doute, car il restait un certain degré de parésie, mais elle s'était considérablement amendée. Seuls les troubles de la sensibilité persistaient au même degré que par le passé.

Cette guérison, Messieurs, ou pour mieux dire, cette esquisse de guérison, après le diagnostic auquel nous nous étions arrêté, ne devait pas nous surprendre. Mais, à notre sentiment, elle survenait prématurément, à contre-temps. En effet il ne nous était plus possible désormais de vous faire constater *de visu*, dans toute leur plénitude, ainsi que nous en avions eu l'espoir, les caractères de cette monoplégie si parfaitement propre à l'étude. L'idée me vint alors que, peut-être en agissant sur l'esprit du malade, *par voie de suggestion*, même à l'état de veille, — nous avions reconnu au préalable que le sujet n'était pas hypnotisable — on pourrait la reproduire au moins pour quelque temps. C'est pourquoi, le lendemain, trouvant P. au sortir d'une attaque qui n'avait en rien modifié l'état des choses, je tentai de lui persuader qu'il était de nouveau paralysé. « Vous vous croyez guéri, » lui dis-je avec l'accent d'une entière conviction », c'est une erreur : vous ne pouvez plus élever votre bras, ni le fléchir, non plus que mouvoir vos doigts ; voyez, vous êtes incapable de serrer ma main, etc. » L'expérience réussit à merveille, car au bout de quelques minutes de discussion, la monoplégie était redevenue ce qu'elle était la veille. Je n'étais nullement inquiet — soit dit en passant — sur l'issue de cette paralysie artificiellement reproduite, car je sais par expérience, depuis longtemps, qu'en matière de suggestion *ce que l'on a fait on peut le défaire*. Malheureusement elle ne persista pas plus de 24 heures. Le lendemain une nouvelle attaque survint, à la suite de laquelle les mouvements volontaires se rétablirent définitivement. Cette fois toutes les tentatives nouvelles de suggestion que nous avons pu faire sont demeurées impuissantes. Il ne me reste donc plus aujourd'hui qu'à vous faire reconnaître les modifications qui, en ce qui concerne le mouvement volontaire, se sont produites en conséquence d'une attaque dans le membre autrefois complètement paralysé.

Le malade peut, vous le voyez, mouvoir à volonté toutes les parties de ce membre. Mais ces mouvements sont peu énergiques, ils ne triomphent pas de la moindre résistance qu'on leur oppose et tandis que, à droite, la force dynamométrique se traduit à la main par le chiffre 70, elle ne donne à gauche que le chiffre 10. Donc, ainsi que je vous l'ai annoncé, si l'impuissance motrice n'est plus absolue comme autrefois, elle persiste encore cependant à un assez haut degré. D'ailleurs les troubles de la sensibilité sont ce qu'il étaient, non seulement dans le membre parésié, mais encore sur tout le côté gauche du corps, y compris les appareils sensoriels ; les attaques, d'un autre côté, restent fréquentes. Certes, vous l'avez compris, il ne s'agit là que d'un simple amendement et pour arriver à la guérison complète, il nous reste beaucoup à faire.

Je me propose de revenir, pour les mettre en pleine valeur, sur quelques-uns des faits que contient cette intéressante observation, à propos d'une étude sur les paralysies hystériques par traumatisme, que je compte vous présenter bientôt. Pour le moment, laissant de côté la monoplégie qui, en somme, ne constitue qu'un épisode dans l'histoire de la maladie, je me bornerai à relever, en terminant, une fois de plus, que chez cet homme, comme chez ceux qui l'ont précédé, la grande hystérie existe, douée de ses attributs caractéristiques.

Messieurs, en étudiant avec vous, dans ces deux leçons, les six cas d'ailleurs très significatifs, que le hasard a placés sous ma main, j'ai voulu surtout vous convaincre que l'hystérie, même l'hystérie grave, n'est pas, du moins chez nous en France, une maladie rare ; qu'elle peut par conséquent se présenter, çà et là, dans la clinique vulgaire où seuls des préjugés d'un autre âge pourraient la faire méconnaître. J'ose espérer qu'après tant de preuves accumulées dans ces derniers temps, cette notion est destinée à tenir désormais, dans votre esprit, la place qu'elle mérite d'y occuper (1).

CLINIQUE MÉDICALE

Syndrome névralgique et rhumatoïde de l'épaule et du bras ;

Par **Albert MATHIEU**, chef de clinique médicale de la Faculté.

Le complexus morbide dont il s'agit, n'est pas dans son ensemble décrit dans les ouvrages classiques. Cependant comme sa fréquence est très grande, il n'est guère possible qu'il ait échappé à l'attention des observateurs. En l'exposant, je n'ai donc pas la prétention de présenter quelque chose d'absolument nouveau et de complètement inédit. Toutefois, le silence des traités usuels sur ce point m'engage à relater deux observations assez typiques. Et cela d'autant mieux que la méthode de traitement des névralgies récemment inaugurée par M. Debove donne dans ces conditions des résultats très remarquables.

Les malades chez lesquels on relève ce complexus séméiologique se présentent le plus souvent avec les apparences d'un rhumatisme de l'épaule. Ils accusent dans cette région des douleurs intenses. La gêne des mouvements est très grande : il leur est impossible de lever le bras et de porter la main sur la tête. Lorsqu'on recherche de plus près le siège de ces douleurs, on trouve qu'elles occupent le trajet du plexus brachial dans le triangle sus-scapulaire et les insertions musculaires scapulo-humérales, l'insertion inférieure du deltoïde en particulier. Souvent ces douleurs se retrouvent sur le trajet des troncs nerveux du bras et au niveau des ligaments des articulations du bras et de l'avant-bras et des insertions des muscles qui s'attachent au voisinage de ces jointures. Il y a donc là deux maxima douloureux : un maximum névralgique et un maximum périarticulaire. Il semble que dans les cas les plus légers, les manifestations soient localisées au plexus brachial au-dessus de la clavicule et aux insertions des muscles de l'épaule, et que dans les cas plus intenses

(1) Ces deux leçons ont été faites à la fin de mars 1885.

des phénomènes analogues se rencontrent sur le trajet des nerfs du bras et de l'avant-bras et à l'insertion des muscles et des ligaments du coude et du poignet.

Les deux observations qui vont suivre appartiennent à cette seconde catégorie : elles sont à ce point de vue assez typiques.

Depuis plusieurs années du reste, nous avons fréquemment observé des cas analogues ; il n'y a pas de mois où, à la consultation d'un grand hôpital, il ne s'en présente plusieurs exemples.

Ces cas ont, il nous semble, été jusqu'ici classés d'une façon différente, et considérés tantôt comme des névralgies brachiales simples, tantôt comme du rhumatisme de l'épaule. Il est vraisemblable aussi que certains d'entre eux ont été rapportés à cette forme de périarthrite qu'a si bien décrite le professeur Duplay dans les Archives de 1873, et que l'on dénomme souvent *scapulalgie*. Cette étiquette de scapulalgie couvre des faits très différents les uns des autres. Elle s'applique, tout le monde le reconnaît, à des cas de périarthrite et à des cas de tumeur blanche de l'articulation scapulo-humérale. Il est possible qu'elle soit aussi fréquemment accolée à des manifestations névralgiques et rhumatoïdes semblables à celles que nous visons ici, surtout lorsque ces manifestations sont localisées au plexus brachial supérieur et au voisinage immédiat de l'épaule.

Quoi qu'il en soit, les deux observations qui vont suivre, nous paraissent assez nettes et assez significatives pour que nous les rapportions à titre d'exemple. Elles ont été recueillies dans le service de notre maître le professeur Germain Sée, à l'Hôtel-Dieu, avec l'aide de M. Thibaut, externe du service.

I. Le nommé B. L..., âgé de 48 ans, journalier, entre le 10 avril 1885, au n° 23 de la salle Saint-Christophe.

On ne relève dans ses antécédents ni syphilis, ni alcoolisme; toutefois, depuis longtemps déjà, il a, le matin, des douleurs gastriques et des poussées de pyrosis. Il y a un an, il a eu une sciatique survenue sans cause appréciable. En même temps il dit avoir éprouvé des douleurs mal caractérisées dans le cou et dans la tête. La sciatique, traitée par les pointes de feu et des injections sous-cutanées de chloroforme, disparut complètement au bout d'un mois ainsi que les autres douleurs. Quelque temps après, il reçut une contusion légère de l'épaule gauche pour laquelle on lui appliqua des ventouses scarifiées. Cette contusion n'entraîna du reste aucun trouble dans les mouvements du membre.

Il y a 10 ou 12 jours, après un travail fatigant qui l'avait mis en sueur, il prétend avoir éprouvé un refroidissement suivi de quelques frissons. Le soir même, il ressentit une douleur vive dans tout le membre supérieur gauche. Il continua cependant son travail pendant deux jours encore ; à ce moment il dut s'arrêter.

Il entre dans le service le 10 avril. L'attention est immédiatement attirée vers le membre supérieur gauche, que le malade maintient immobile à cause des vives douleurs que provoque le moindre mouvement. Il n'y a ni gonflement ni douleur au pourtour des articulations. La pression détermine une douleur vive sur le trajet du plexus brachial au cou et sur le trajet des nerfs du bras : médian, cubital et radial. Le cubital est particulièrement douloureux derrière l'épitrochlée. Les masses musculaires de l'épaule et du bras ne sont pas douloureuses, mais on provoque une douleur vive à la pression au niveau de l'insertion inférieure du deltoïde et du triceps brachial. Il existe également un point douloureux au-dessous de l'apophyse coracoïde, à l'insertion de la courte portion du biceps. Les mouvements déterminent des douleurs au niveau des jointures et la pression de tous les ligaments articulaires est douloureuse à l'exception des jointures des deux derniers doigts. Avec une épingle, on constate une insensibilité complète de l'annulaire et de l'auriculaire, tandis qu'une piqûre, même superficielle, de la partie interne du médius et des autres doigts est très bien perçue. Il existe également de l'anesthésie de la face postérieure de l'avant-bras. Rien à relever du côté des derniers organes, sauf des signes de bronchite aiguë généralisée. 4 gr. de salicylate de soude.

11 *avril*. Pulvérisation de chlorure de méthyle sur le trajet du plexus brachial au cou, sur l'épaule, le trajet du médian et du cubitus. Soulagement immédiat ; le malade peut mettre la main sur sa tête sans grande douleur. Pas de salicylate.

12 *avril*. L'amélioration signalée la veille a presque complètement disparu. Seconde pulvérisation de chlorure de méthyle.

13 *avril*. Diminution considérable de la douleur ; mouvements plus faciles. Salicylate : 4 gr.

16 *avril*. Les mouvements sont de plus en plus aisés. Le malade porte la main sur la tête sans douleur. On cesse le salicylate.

1er *mai*. Les mouvements du bras sont complètement revenus à l'état normal. Les douleurs spontanées ou provoquées par la pression ont disparu. L'anesthésie des deux derniers doigts de la main gauche persiste seule.

II. Le nommé B. J..., âgé de 40 ans, palefrenier, est entré le 30 mai à la salle Saint-Christophe, lit n° 7.

Rien de particulier dans les antécédents. Depuis quelque temps, le malade tousse et rejette quelques rares crachats verdâtres, visqueux.

Il y a 15 jours environ, sans cause appréciable, il éprouva une douleur vive entre les épaules. Bientôt elle remonta vers le cou de façon à gêner les mouvements de la tête. Cette douleur gagna l'épaule droite et envahit bientôt tout le membre supérieur.

Cette douleur, continue, était peu vive et le malade put pendant quelque temps, continuer de travailler. La nuit surtout, il survenait des élancements très pénibles. Au bout de quelques jours, il y eut de la faiblesse du bras et le malade dut cesser son travail.

Au moment de l'entrée, on ne constate du côté du membre supérieur droit ni rougeur, ni gonflement des articulations, ni atrophie musculaire. Il y a une diminution sensible de la force dans la main droite ; le malade se sert moins de ce côté que du côté opposé. Il existe de l'hyperesthésie cutanée du membre tout entier, ou plutôt de l'hyperalgésie ; il n'y a pas d'anesthésie. On provoque de la douleur à la pression des apophyses épineuses des quatre ou cinq dernières vertèbres cervicales et sur le trajet des nerfs du membre supérieur. Cela est très net à l'angle antérieur et interne du triangle sus-claviculaire, sur le trajet du plexus brachial, sur le trajet du médian, du radial dans la gouttière humérale, du cubital derrière l'épitrochlée. On constate de la douleur aux points d'insertion des principaux muscles : du deltoïde à l'humérus, du triceps sur l'olécrâne, du trapèze à l'épine de l'omoplate et au niveau des ligaments articulaires du coude, en dedans et en dehors. La douleur semble diminuer à mesure qu'on s'approche de l'extrémité du membre. C'est ainsi que la pression des ligaments latéraux du poignet est peu douloureuse, et qu'on ne constate plus rien aux doigts. Rien de particulier du côté des organes internes. Salicylate de soude 5 gr.

5 *juin*. On a continué tous les jours le salicylate à la même dose sans amélioration bien nette. Pulvérisation de chlorure de méthyle sur le trapèze dans la région cervicale, au niveau de l'attache inférieure du deltoïde et sur la partie inférieure et externe du bras.

6 *juin*. Le malade n'a pas souffert dans la journée d'hier. Ce matin les douleurs sont revenues.

12 *juin*. Nouvelle pulvérisation de chlorure de méthyle.

15 *juin*. Mieux très sensible.

16 *juin*. Il ne reste qu'un peu de faiblesse dans le bras, les douleurs ont disparu et le malade quitte le service.

Dans ces observations, de même que dans les faits analogues, très nombreux, il est facile de distinguer deux éléments symptomatiques : l'élément névralgique et l'élément rhumatoïde.

La *névralgie* du plexus brachial peut être au com-

plet et présenter les points douloureux habituels, les fourmillements dans les doigts, l'anesthésie limitée, etc. Le plus souvent elle est limitée à la racine du membre et l'on constate seulement un point douloureux à l'angle interne du triangle sus-claviculaire, un autre point dans l'aisselle en arrière du biceps. On constate encore souvent de la douleur sur le trajet des gros troncs nerveux du bras ; médian en arrière du biceps ; cubital en arrière de l'épitrochlée ; radial dans la gouttière humérale.

Les *manifestations rhumatoïdes* consistent surtout dans l'existence de douleurs spontanées ou provoquées au voisinage des articulations, à l'insertion des muscles et des ligaments qui appartiennent à ces jointures.

A l'épaule, on trouve deux points douloureux principaux : au-dessous de l'acromion, au niveau du tendon de la courte portion du biceps, et au point d'attache inférieur du deltoïde. Il ne paraît pas y avoir de manifestation réellement articulaire, intra-synoviale.

Au coude, on peut trouver des points douloureux sur les ligaments latéraux et à l'insertion du triceps brachial en arrière. Au poignet, les ligaments latéraux sont douloureux.

Du reste, l'étendue des déterminations rhumatoïdes paraît être en rapport avec l'étendue des manifestations névralgiques. Quand le plexus brachial proprement dit est seul pris, l'épaule seule est intéressée. Si les troncs nerveux du bras participent à la névralgie, on rencontre au coude et même au poignet les points douloureux que nous avons signalés.

Dans quelques cas qui avaient duré déjà pendant un certain temps, il y avait une atrophie évidente du deltoïde. Il y aurait donc lieu de faire le diagnostic de la névralgie que nous décrivons avec la périarthrite si bien étudiée par le professeur Duplay. Les phénomènes fonctionnels, la gêne des mouvements, l'accolement du deltoïde amaigri sur le squelette sous-jacent se présentent dans les deux cas, dans des conditions analogues. Le point douloureux sous-coracoïdien existe aussi chez les malades atteints de périarthrite. Chez ceux dont il a été question ici, on constatera le point douloureux du plexus brachial et le point douloureux à l'attache inférieure du deltoïde. Nous croyons cependant que l'on a confondu parfois la névralgie scapulaire et la périarthrite de l'épaule, il est possible du reste qu'il y ait des formes de passage de l'une à l'autre affection.

Lorsqu'il s'agit d'une forme intense et étendue, l'apparition simultanée de la névralgie et des déterminations périarticulaires donne à l'affection une allure caractéristique.

Il nous semble que la coexistence de la névralgie brachiale et des manifestations rhumatoïdes que nous avons signalées est chose intéressante. Au point de vue de leur étendue et de leur intensité, les déterminations tendineuses et ligamenteuses paraissent être sous la dépendance de l'intensité et de l'étendue de la névralgie. Il semble que ce soit la névralgie qui commence, qu'elle domine et même provoque les accidents rhumatoïdes. Ce serait donc là un nouvel exemple de manifestations rhumatoïdes d'origine névropathique. Il n'est pas rare de constater un complexus analogue pour le sciatique, et nous en avons, pour notre part, décrit une forme spéciale (Sur une forme de détermination rhumatoïde, *Archives de médecine*, juillet 1884).

L'existence de névralgies avec manifestations périarticulaires, est un argument en faveur de cette idée que bien des faits classés dans le groupe du rhumatisme articulaire subaigu, relèvent d'une détermination névropathique.

M. Lasègue, notre maître regretté, insistait sur ce point particulier que les douleurs rhumatismales siègent le plus souvent au niveau des ligaments et des tendons juxta-articulaires, et c'est à son enseignement que nous devons la connaissance du point douloureux de l'insertion du deltoïde dans le prétendu rhumatisme de l'épaule. Le tissu des ligaments et des tendons est très riche en filets nerveux ; il semble que ces tendons et ces ligaments puissent devenir le siège de véritables maxima névralgiques. N'en est-il pas souvent ainsi et ne doit-on pas souvent accuser la névropathie là où l'on a coutume d'invoquer la diathèse rhumatismale ? Ou bien la prétendue diathèse n'est-elle pas un état névropathique spécial mis en œuvre par des causes périphériques occasionnelles ?

Quoi qu'il en soit, le salicylate de soude donne de bons résultats dans le complexus que nous venons de signaler ; mais le remède héroïque c'est la pulvérisation de chlorure de méthyle, préconisée par notre maître M. Debove. Une ou deux applications faites au niveau des points douloureux suppriment la douleur, sans retour le plus souvent, et permettent le rétablissement des mouvements de la jointure. Nous nous sommes trouvé très bien de l'usage combiné du chlorure de méthyle et du salicylate à la dose de 4 à 6 gr. par jour. Par cette combinaison, nous avons obtenu en 8 à 10 jours des guérisons que ne nous donnaient pas ces agents thérapeutiques employés isolément.

Le complexus névralgique et rhumatoïde de l'épaule et du membre supérieur abandonné à lui-même peut durer des semaines et des mois. Outre les douleurs qu'il provoque, la gêne fonctionnelle qui en résulte, il détermine par le fait de l'atrophie du deltoïde un affaiblissement musculaire qui demande beaucoup de temps pour se réparer. Supprimer ce syndrome pathologique en 8 à 10 jours est donc un excellent résultat ; nous l'avons obtenu dans les divers cas qui se sont présentés à notre observation depuis un an d'ici.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

De l'étiologie des processus pneumoniques aigus.

Observations et expériences faites dans les laboratoires de MM. les professeurs CORNIL et VULPIAN ; par Robert **MASSALONGO** (1) (de Vérone).

Il est peu de maladies qui aient été l'objet de recherches plus tenaces que la pneumonie fibrineuse aiguë, dans le but de découvrir son étiologie et sa pathogénèse. La pneumonie franche n'a été attribuée dans les temps passés qu'à l'effet du froid, et n'était par conséquent considérée que comme une inflammation simple des poumons, consécutive aux variations de la température. Si l'on admet au contraire la nature infectieuse de la maladie, il ne doit plus être possible de la reproduire par les agents irritants communs, thermiques, chimiques ou mécaniques.

Sans rapporter ici toutes les expériences faites, nous dirons qu'il est bien avéré que tous les agents irritants physiques de quelque nature que ce soit, portés de différentes façons sur les poumons, ne peuvent produire que les altérations de la pneumonie lobulaire ou broncho-

(1) Communication faite à la *Société anatomique*, le 17 juillet 1885.

pneumonie et jamais celles de la pneumonie franche fibrineuse.

Heidenhain (*Virchow's Arch.*, Bd. LXX) en se servant de l'agent considéré habituellement comme la cause de la pneumonie aiguë classique, a essayé en vain de produire expérimentalement une inflammation fibrineuse typique des poumons par le moyen du refroidissement. Il a fait respirer alternativement à des chiens et à des lapins, à l'aide d'une canule bronchiale, de l'air à température très haute et très basse. Il a ainsi obtenu des trachéites, des bronchites et des nodules de broncho-pneumonie, mais jamais une inflammation lobaire avec ou sans pleurésie.

Parmi les divers procédés d'expérimentation employés jusqu'à présent, celui dont s'est servi Heidenhain nous semble certainement le plus propre à reproduire la pneumonie par les influences climatériques, encore admises par quelques pathologistes comme cause de ladite maladie. Seulement, avec ce procédé d'expérimentation, on doit tenir compte du traumatisme causé par la canule bronchiale et par les courants d'air alternativement chauds et froids. Nous croyons avoir éliminé le côté vulnérable des expériences de Heidenhain en suivant le mode d'expérimentation que nous avons employé dans le laboratoire de M. Vulpian et ses conseils.

Dans le but de reproduire cependant autant que possible les mêmes conditions biologiques qui semblent présider au développement de la pneumonie aiguë franche, nous avons produit un abaissement de la température plus ou moins rapide, et de plus ou moins de durée et d'intensité des parois thoraciques ou d'une grande partie du tégument cutané par la pulvérisation de chlorure de méthylène sur lesdites parties à des chiens et des lapins. Cette méthode et ce procédé qui ont guidé nos expériences, nous semblent meilleurs et plus exacts que celle de Heidenhain. C'est en effet l'action directe du froid sur le tégument qu'on invoque comme cause de pneumonie plutôt que l'inspiration de l'air froid. Ce dernier, en effet, n'arrive dans les poumons qu'après s'être réchauffé à travers le canal naso-pharyngo-laryngo-trachéal. Les réfrigérations du tégument cutané ont été opérées sur tout le thorax, ou sur une seule de ses moitiés, soit en conservant le poil aux animaux, soit en le rasant. De plus, pour donner satisfaction à ceux qui croient que ce n'est pas le refroidissement cutané *localisé* du thorax qui produit la pneumonie aiguë, mais le refroidissement généralisé de toute la peau, nous avons étendu chez quelques animaux ledit refroidissement jusqu'à complète anémie sur toute l'enveloppe cutanée.

Pour répondre à l'objection que la pneumonie n'est pas seulement produite par le refroidissement du milieu extérieur, mais aussi par un état particulier du milieu intérieur, échauffement, dépression vitale, etc., nous avons eu le soin de produire chez quelques animaux un état de lassitude en les faisant courir, ou un état de superexcitation en les irritant de toutes les façons avant de les soumettre à l'action du froid. Nous avons aussi répété cette expérience sur des animaux chétifs, maigres, vieux, moroses ou malades; nous l'avons reproduite sur une chienne en état de grossesse avancée, dont la délivrance eut lieu le jour suivant en mettant bas quatre petits chiens bien alertes.

Nous ne rapportons pas ici nos expériences : elles seront publiées dans les *Archives de physiologie;* nous nous bornerons à en indiquer les résultats. Nous n'avons jamais pu obtenir la plus petite altération pulmonaire, si ce n'est quelques hémorrhagies parenchymateuses et sous-pleurales légères, que nous croyons être la conséquence de la paralysie vasomotrice des vaisseaux pulmonaires. La plèvre ne s'est jamais montrée le siège d'aucun processus phlogistique. Le refroidissement obtenu par les vapeurs de chlorure de méthylène n'a abouti à aucun effet morbide, bien qu'il ait été produit sur toute la surface cutanée et sur des animaux sains ou malades, alors que la durée de son action a été brève. Mais il produisit des lésions cutanées plus ou moins profondes, plus ou moins étendues si la réfrigération cutanée avait été poussée jusqu'à la congélation ; on observait alors de l'œdème cutané, puis une escharre et plus tard une suppuration plus ou moins profonde. Ainsi les animaux placés dans ce dernier état n'ont jamais présenté d'altération de la plèvre et des poumons.

Mais une ère nouvelle s'est ouverte pour l'étiologie et la pathogénèse de la pneumonie lobaire aiguë, alors que Friedlander et Talamon, en 1883, ont découvert le véritable agent de la pneumonie classique. Nous ne parlerons pas des expériences faites par MM. Friedlander, Talamon, Cornil et Afanassiew, dont l'histoire est exactement traitée dans le remarquable ouvrage de MM. Cornil et Babès, *Sur les bactéries pathogènes.* Cependant, il reste démontré que le microbe de Friedlander et Talamon est le seul agent capable de reproduire, dans les poumons, la pneumonie aiguë fibrineuse. L'existence constante dudit pneumococcus, tant dans les pneumonies bénignes que dans les pneumonies graves et épidémiques, donne une importance seulement philosophique au dualisme étiologique des pneumonies, qu'elles soient bénignes et franches ou graves et typhoïdes. Nos conclusions sont les suivantes:

1° Tous les moyens chimiques et mécaniques agissant plus ou moins profondément, de plus ou moins de durée sur les poumons, ne peuvent que produire dans ce viscère les altérations de la broncho-pneumonie et jamais les altérations de la pneumonie aiguë fibrineuse lobaire.

2° L'action plus ou moins brusque du froid, comme dans les mutations atmosphériques (cause séculaire de toutes les pneumonies lobaires aiguës), porté sur les animaux, ceux-ci placés dans les mêmes conditions de milieu externe et interne, qu'on regarde comme constantes dans la genèse de ce processus pathologique, n'a jamais pu produire, la plus petite altération phlogistique de la plèvre et des poumons.

3° Toutefois, il existe un moyen, mais d'ordre vital, qui est toujours capable de produire et reproduire cette phlogose aiguë des poumons, et ce moyen est le pneumococcus, avec les caractères morphologiques à lui donnés par Friedlander et Talamon. Cependant, l'histoire naturelle du microbe pneumonique n'est pas encore complète. Car nous voulons parler de l'existence du même pneumococcus dans les broncho-pneumonies des enfants et aussi des vieillards, comme nous avons pu le vérifier après des examens faits à propos.

Nous savons que dans les broncho-pneumonies des enfants on trouve diverses espèces de bactéries, quelques-unes sous forme de bacilles et d'autres plus nombreuses sous forme de micrococcus ; ces derniers sont isolés ou réunis à deux ou trois, ou sous forme de chaînette. Mais on trouve toujours dans la broncho-pneumonie, et quelquefois presque exclusivement, des microorganismes identiques à ceux de la pneumonie aiguë des adultes, avec le caractère des pneumococcus ellipsoïdes de Friedlander et des coccus lancéolés de Talamon. Nous avons constamment trouvé ce microorganisme dans toutes les broncho-pneumonies des enfants, secondaires soit à la scarlatine, soit à la rougeole, ou à la diphtérie que nous avons pu examiner dans le laboratoire de M. Cornil. Ces mêmes bactéries ont été décrites l'année dernière dans la broncho-pneumonie de la rougeole par le Dr Lombroso, qui a eu la chance comme nous de travailler sous le même professeur.

Il reste maintenant à démontrer si dans les broncho-pneumonies soit des enfants, soit des vieillards, l'action pathogénique se réfère aux uns ou aux autres des divers microorganismes décrits dans ces affections pulmonaires. MM. Cornil et Babès, dans leur ouvrage : *Sur les bactéries pathogènes*, s'expriment ainsi à ce propos : « Il paraît probable, en résumé, que les microbes ronds précédemment décrits sont en relation de cause à effet avec la rougeole; mais ces microorganismes n'ont pas été isolés par des cultures pures, ni inoculés, de telle sorte que nous sommes encore peu avancés dans l'étude bactérienne de cette maladie (1). »

Cependant, de notre côté, nous conservons des doutes

(1) *Loc. cit.*, pages 543 et 544.

sur la relation des lésions pneumoniques avec les microbes spéciaux des maladies infectieuses.

La présence constante et indéniable de ce microorganisme de Friedlander et Talamon, propre à la pneumonie, devra sérieusement faire réfléchir le pathologiste. Si le pneumococcus avec les cultures pures a toujours pu reproduire la pneumonie aiguë, si ce même microorganisme est capable de produire une altération fibrineuse des poumons, sa présence dans toutes les broncho-pneumonies doit-elle être considérée comme secondaire ou nulle?

L'existence inconstante dans les poumons *pneumonitiques* des autres bactéries, de celles propres aux diverses maladies infectieuses primitives, ne peut pas exclure l'influence pathogénique du pneumococcus.

La présence des bactéries des diverses maladies infectieuses dans le poumon ne peut assurément être considérée comme la cause de la phlogose broncho-pneumonique parce que l'on trouve aussi les mêmes microorganismes dans d'autres organes et dans d'autres tissus, où aucun processus phlogistique n'a apparu.

Nous croyons que l'étude attentive des pneumococcus faite selon cette direction pourra conduire peut-être à établir l'unité des processus pneumoniques aigus, si ce n'est du côté anatomique, tout au moins du côté étiologique.

Les différences anatomiques des lésions de la pneumonie franche et de la broncho-pneumonie ne peuvent suffire à réfuter une telle opinion; les conditions anatomiques et physiologiques des poumons des enfants chez qui la broncho-pneumonie se développe de préférence, les maladies infectieuses qui précèdent l'altération pulmonaire, la bronchite antérieure qui ne manque jamais, pourraient modifier et influencer l'action pathologique du pneumococcus. Jusqu'à présent, notre pensée n'est qu'une hypothèse, mais sa réalisation, nous l'estimons possible alors qu'on instituera des cultures spéciales avec les divers microorganismes trouvés dans la broncho-pneumonie, et qu'avec celles-ci séparément on tentera des inoculations sur les animaux. Nous avons l'intention d'étudier plus tard la question en suivant cette voie de recherches.

Dans leur ouvrage sur les bactéries pathogènes, MM. Cornil et Babès disent que M. Balogh a trouvé des microorganismes, des bactéries, même dans les broncho-pneumonies expérimentales. C'est le seul auteur, à notre connaissance, qui ait fait de semblables recherches; mais il n'a pas dit quels sont les microorganismes qu'il a trouvés; il ne décrit pas leurs caractères; par cette raison, nous ne pouvons admettre que ces microorganismes soient autres que ceux de la putréfaction, chose très facile à se produire si on fait l'examen quelques heures après la mort de l'animal, comme nous le verrons dans nos expériences. Pour éclaircir ce côté intéressant d'étiologie, nous avons reproduit dans le laboratoire de M. Vulpian des broncho-pneumonies chez les chiens et les lapins, et dans cette broncho-pneumonie expérimentale, avec toutes les précautions voulues, nous avons fait la recherche des bacilles dans le laboratoire de M. Cornil, soit dans l'exsudat frais, soit dans des coupes après durcissement.

Pour écarter toute espèce de doutes qui peuvent envelopper la spécificité et l'individualité pathogénique du pneumococcus dont la présence est constante dans la pneumonie franche et dans les broncho-pneumonies spontanées, nous avons voulu examiner aussi si on pourrait trouver le même microorganisme dans les broncho-pneumonies expérimentales. Sa découverte dans les pneumonies expérimentales aurait vraiment ébranlé et peut-être anéanti l'importance pathogénétique du pneumococcus. Ceci fut le but de notre deuxième série d'expériences. Nous avons reproduit des inflammations broncho-pulmonaires par injection d'essence de térébenthine dans la trachée. Eh bien, toutes ces expériences nous conduisirent à démontrer la non-existence du pneumococcus de Friedlander et Talamon dans les broncho-pneumonies expérimentales. Le résultat fut toujours le même: que la lésion pulmonaire obtenue se montrât sous la forme lobaire ou lobulaire, dans les poumons examinés immédiatement après la mort ou quelques heures plus tard, il n'y avait pas de microorganismes. Quand la recherche des microorganismes était faite plusieurs heures après la mort de l'animal, soit dans l'exsudat pulmonaire, soit dans les coupes, nous avons trouvé quelques micrococcus ponctiformes, isolés ou réunis en groupes, mais avec tous les caractères des microbes de la putréfaction.

En conséquence, le pneumococcus est toujours lié aux processus pneumoniques aigus spontanés; son influence spécifique étant bien avérée pour la pneumonie franche, il reste à démontrer aussi son influence dans toutes les broncho-pneumonies.

Les recherches et observations que nous avons faites n'ont pas certainement une valeur absolue, mais elles tendent à faire admettre que le pneumococcus est la cause essentielle de toutes les broncho-pneumonies spontanées, ce qui pourra conduire, nous croyons, à établir l'unité des processus pneumoniques aigus.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

La broncho-pneumonie diphthérique, au point de vue bactériologique.

Une étude de Friedländer *sur les causes de la mort dans la diphthérie* (1) renferme cette proposition que la diphthérie *toxique* est beaucoup plus rare qu'on ne le croit ordinairement, en d'autres termes, que les troubles de la respiration, dans toutes les localisations de la diphthérie l'emportent, comme agents de mort, sur les altérations humorales, sur l'*infection*. A l'appui de son dire, Friedländer cite les chiffres suivants: 94 autopsies ont permis de constater 80 fois des lésions capables de faire mourir. Parmi les lésions organiques dont il s'agit, celles des voies respiratoires, la bronchite pseudo-membraneuse et la broncho-pneumonie occupent le premier rang.

A Paris où la diphthérie est, de l'aveu de tous, le plus redoutable, la plus envahissante, la plus hideuse des maladies infectieuses, on répudiera, en dépit même des chiffres, l'assertion de l'éminent professeur allemand. Il nous semble en effet difficilement admissible que personne se juge en droit d'affirmer, en présence d'une maladie infectieuse capable de déterminations viscérales multiples, que la mort est résultée ou résultera nécessairement de telle lésion et non pas de telle autre. La preuve en est que le pneumococcus de Friedländer produit quelquefois des hépatisations considérables auxquelles on survit, et, d'autres fois, des hépatisations beaucoup plus restreintes auxquelles on succombe; c'est-à-dire que le volume, la forme, les attributs extérieurs de la lésion sont loin de correspondre toujours à sa gravité réelle. D'ailleurs, la forme de diphthérie que Friedländer déclare exceptionnelle n'est autre chose que notre diphthérie *hypertoxique*. Sans aucun doute celle-ci est assez rare par rapport aux autres. Mais dans le plus grand nombre des cas, les troubles respiratoires seraient insuffisants à expliquer la mort (à Paris du moins) si l'infection elle-même ne jouait le rôle principal.

A un autre point de vue, n'est-ce pas l'infection diphthérique générale qui produit les complications bronchiques et pulmonaires? Prétendra-t-on que l'inflammation spécifique de la trachée et de toutes les

(1) *Berlin. klin. Woch.*, 27 février 1882.

ramifications de l'arbre aérien résulte de l'envahissement progressif de la muqueuse respiratoire par l'exsudat pseudo-membraneux? Loin de là; car la bronchite et la bronche-pneumonie croupales, vraies, se déclarent à la suite de toutes les localisations possibles de la diphthérie. Elles sont plus communes après l'angine couenneuse sans croup qu'après le croup simple ou croup d'emblée, qui n'est, il faut bien le dire, qu'une forme bénigne de la maladie. Ainsi, les bronchites et les broncho-pneumonies diphthériques sont jusqu'à un certain point comparables aux complications respiratoires de la fièvre typhoïde, de la variole, de la rougeole, etc., en ce sens qu'elles proviennent de l'infection beaucoup plus que d'une propagation de la lésion sus-jacente.

Tous ces aspects de la question ont été bien mis en évidence par M. Darier, dans un récent travail (1). Mais le sujet n'était pas épuisé; il restait encore à caractériser ces complications d'abord par leurs lésions grossières, puis par les propriétés et les localisations de l'agent infectieux. M. Darier s'est occupé de cette tâche incomplètement, de son propre aveu, mais non sans mérite, car il a contrôlé les travaux publiés antérieurement sur la même matière, — besogne ingrate et pour cela trop souvent négligée.

La bronchite diphthérique est-elle reconnaissable à des signes anatomiques d'une signification évidente? Oui, si les bronches sont tapissées par l'exsudat couenneux, ce qui n'a lieu que dans la moitié des cas environ; non, si cet exsudat manque. Quant à la broncho-pneumonie, elle peut présenter toutes les variétés de forme et de siège décrites par les auteurs dans la rougeole, la variole ou la coqueluche; et elle ne différerait des cas ordinaires que par la plus grande abondance des foyers d'atélectasie et d'emphysème.

Quelle que soit la localisation (bronchite simple, bronchite exsudative ou brencho-pneumonie) les parties de l'organe où une lésion est apparente renferment toujours en abondance des micro-organismes d'espèces très différentes. Il fallait donc chercher et reconnaître d'abord entre tous ces microbes le *microsporon diphthericum* et de déterminer ensuite son mode de propagation et d'envahissement.

Ce *microsporon diphthericum* découvert par Klebs en 1873 se présente sous deux formes, des corps ronds et des bâtonnets. M. Darier ne dit pas que les microorganismes qu'il a observés sont exactement les mêmes que ceux de Klebs; mais il suffit de comparer les deux descriptions, pour ne conserver aucun doute à cet égard.

Les corps ronds, tantôt isolés, tantôt réunis par groupes de deux, ou trois, ou davantage, ont un diamètre de 0 μ,50 à 0 μ,66. Par leur accolement ils forment des chaînettes flexueuses composées de 4 à 6 individus et quelquefois plus. A côté de cette forme type caractérisée par des microcoques *ronds*, on distingue aussi quelques corps ovoïdes, sensiblement plus volumineux puisqu'ils ont 1 μ à 1 μ,30 de long sur 0 μ,75 de large.

Ils sont le plus souvent isolés, mais quelquefois réunis deux à deux, et, par leur aspect général, rappellent le pneumococcus, moins la capsule. Tout au plus apercevrait-on une auréole pâle et insensible aux matières colorantes. Sur plusieurs chaînettes de microcoques ronds on voit un micrococcus ovoïde, exceptionnellement deux; mais les microcoques ovoïdes terminent toujours la chaînette; ils ne sont jamais intercalés entre deux individus ronds.

Toutes ces particularités s'observent surtout dans l'exsudat broncho-pneumonique frais. Encore faut-il chercher au bon endroit de l'exsudat. Les corpuscules ronds, en effet, n'existent en grande abondance que dans les grandes bronchioles acineuses du centre des nodules inflammatoires péribronchiques. Des bronchioles acineuses voisines du centre, on les voit ensuite se disperser dans les conduits alvéolaires voisins, mais toujours au centre de ces conduits : « Il semble absolument, dit l'auteur, qu'on assiste à l'envahissement du lobule, à partir des bronches qui constituent le foyer d'infection primitif ».

Les *bâtonnets* ont 1 à 2 μ de long et 0 μ,4 de large. Ils sont quelquefois incurvés et se terminent par deux extrémités renflées, ils se colorent moins facilement que les micro-organismes ronds; cependant ils renferment des granulations assez foncées. Ces petits bacilles sont toujours moins abondants, sur les coupes, que les microcoques et on les trouve de préférence dans les régions où l'inflammation est moins avancée. Environ sept jours après le début des accidents bronchitiques graves ou broncho-pneumoniques, on n'en voit plus qu'un très petit nombre.

Si l'on se reporte à la description de Klebs l'analogie des faits constatés apparait, vraiment frappante.

Or, on sait que dans une récente communication au Congrès de Wiesbaden (1883), Klebs admet deux *espèces* de diphthérie : une espèce microsporique et une espèce bacillaire. La première constituerait une maladie locale, le plus souvent amygdalienne, ayant peu de tendance à envahir les parties profondes. L'autre descendrait plus facilement vers le larynx, formerait des foyers multiples dans les bronches lobulaires et dans les acini, bref deviendrait une maladie septique.

S'il en était ainsi, on s'expliquerait malaisément pourquoi les chaînettes de microcoques distinguées par M. Darier représentent, au bout d'un certain temps de maladie, les seuls micro-organismes contenus dans l'exsudat. Donc, en admettant que deux formes de diphthérie correspondent aux deux aspects de micro-organismes décrits par la plupart des auteurs, le rôle des microcoques ne s'arrête certainement pas à la diphthérie locale de la gorge, à l'angine diphthéroïde des cliniciens.

Un travail de Lœffler (1884), le plus complet qu'on ait écrit sur la matière, met tout le monde à peu près d'accord. Cet observateur a vu, lui aussi, des microcoques et des bactéries. Il a même su cultiver séparément les uns et les autres. Il a constaté que les chaînettes de microcoques existent seules dans la diphthérie profonde et gangréneuse, c'est-à-dire dans la diphthérie qui s'est écartée de sa forme *initiale*. Il a constaté en outre, que les inoculations des cultures

(1) *Les broncho-pneumonies dans la diphthérie.* Thèse de Paris, 1885.

de chaînettes n'ont jamais pu donner la diphthérie; que les bacilles, au contraire, très difficilement cultivables d'ailleurs, et seulement dans le sérum gélatinisé, développent la diphthérie sur les muqueuses ou sur l'épiderme dénudés.

Le bacille serait donc le seul agent diphthérique efficace. C'est lui qu'on reconnait dès la première formation des fausses membranes, à leur face profonde et à leur face superficielle, rarement dans leur épaisseur même. Le micrococque, au contraire, serait un agent accessoire, mais capable de faire des complications analogues par l'aspect des lésions à l'infiltration diphthérique primitive. Le micrococque, en effet, est également fibrinogène, semblable en cela à certains autres microorganismes, entre autres au pneumococcus avec lequel, nous l'avons dit, il offre quelque ressemblance.

On voit que le problème, si loin qu'il soit d'une solution définitive, s'est notablement élucidé depuis tous ces derniers travaux. La plus grosse difficulté qui subsiste consiste à établir le degré de parenté des micrococques et des bacilles. Peut-être les corps ovoïdes aperçus par M. Darier sont-ils une forme intermédiaire entre les deux états? L'hypothèse a été émise; nous ne faisons que la signaler.

Il est enfin un dernier fait que M. Darier a mis en relief et sur lequel les précédents observateurs ont été toujours en désaccord, à savoir que le sang des diphthériques ne renferme pas de micro-organismes; ou, du moins, que les procédés actuels sont impuissants à en découvrir dans ce milieu. Cependant, Hueter, Tommasi, Crudeli, Œrtel sont d'un avis contraire; il est vrai que leurs recherches datent d'une époque déjà ancienne; il y a dix ans, on ignorait à peu près tout de la technique indispensable aux investigations de ce genre. Si les microbes diphthériques ne se trouvent pas dans le sang, *même lorsqu'il s'agit d'une diphthérie hypertoxique* (Darier) n'est-il pas vraisemblable que la localisation bronchique ou broncho-pulmonaire ne dépend pas, comme nous l'avions dit d'abord, de l'infection, mais qu'elle se propage seulement, en raison du voisinage et de la similitude des organes, depuis la gorge ou le larynx jusqu'aux dernières bronchioles? Cette déduction ne serait pas suffisamment justifiée; d'abord parce que personne ne met en doute la nature infectieuse des broncho-pneumonies varioliques ou morbilleuses où le même raisonnement serait applicable; ensuite parce que cette absence de micro-organismes dans le sang n'est peut-être quo le fait de notre impuissance à les découvrir. A cet égard, le cas de la tuberculose est encore plus étonnant que celui de la diphthérie. D'ailleurs, si l'on n'a pas encore découvert de bacilles diphthérogènes dans le sang *des malades*, on en a pu voir, *sur les coupes microscopiques*, dans l'intérieur des vaisseaux sanguins (1). Cette démonstration faite par M. Cornil en vaut une autre. Dans les muqueuses recouvertes ou transformées par les fausses membranes, les sections de capillaires montrent même parfois de très nombreux organismes; pour créer des foyers de diphthérie secondaire, il suffit de quelques-uns d'entre eux repris par le courant sanguin et éparpillés dans les viscères.

(1) Voy. *Article diphthérie*, in *Bactéries de* Cornil cet article est comme une monographie où la question est complètement traitée.

Au reste, il convient d'attendre encore avant de rien affirmer sur le mode d'envahissement et de propagation du bacille. Ce qu'il importe de retenir des expériences et des observations de Lœffler, les plus démonstratives jusqu'à ce jour, c'est: 1° que les cultures ne produisent aucun effet sur une muqueuse saine; 2° qu'elles n'agissent avec quelque constance que sur les surfaces dénudées ou *enflammées*. E. B.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 27 juillet 1885. — Présidence de M. Bouley.

M. Boisseau du Rocher fait connaître une série d'*instruments d'optique pour l'inspection des cavités*, notamment de l'estomac, de la vessie, du rectum. L'instrument est formé d'une sonde ou d'un tube terminé par une lanterne à l'intérieur de laquelle se fixe une lampe à incandescence. Au-dessus est un appareil qui réduit à des dimensions microscopiques l'image de la muqueuse à observer: cette partie se compose d'un prisme à angle droit surmonté de deux lentilles plan-convexes se regardant par leur convexité. A l'extrémité opposée se fixe une lunette mégaloscopique qui est constituée par un objectif et un oculaire de grossissements convenables.

M. de Lacaze-Duthiers lit une communication sur l'*anatomie du Dentale*. Paul Loye.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 2 août 1885.— Présidence de M. d'Arsonval.

M. Regnard a revu les expériences qu'il avait faites antérieurement sur les *injections intra-veineuses d'eau oxygénée*; il maintient que l'animal meurt par embolies gazeuses qui sont la suite de la décomposition de ce liquide et que l'oxygène agit dans la circonstance comme toxique.

M. Laborde a pu injecter 18 litres d'air sans accidents; l'injection a été très lente; aussi ne craint-il pas les embolies, même en se servant de l'eau oxygénée.

M. Straus reprenant une précédente communication sur le *bubon du chancre mou*, donne la statistique suivante: 118 inoculations immédiates du bubon n'ont donné que 6 résultats positifs; 60 réinoculations, après quelques jours ont donné 5 résultats positifs. Il résulte donc que si le bubon chancreux n'est pas niable, il faut conclure néanmoins qu'il est beaucoup plus rare que ne l'ont dit Ricord (50 0/0) et surtout Rollet (70 0/0). Il s'ensuit également que, sans qu'on puisse l'expliquer, et ainsi que l'avait déjà vu Ricord, la virulence s'accentuerait surtout quelques jours après l'ouverture. Il va sans dire que les précautions antiseptiques les plus rigoureuses avaient été prises; même dans le pus virulent on ne trouva pas de microbes, ou tout au moins ceux-ci échappaient-ils à nos moyens actuels d'investigation, de même les cultures restèrent stériles.

M. Straus entretient également la Société d'une lésion qu'il a trouvée dans les reins diabétiques et qu'il propose d'appeler la *lésion d'Armanni*. C'est en effet cet auteur qui, le premier, signala dans les reins des diabétiques une dégénérescence hyaline, que plus tard Ebstein et surtout Ehrlich, rapportèrent à une infiltration des cellules par la matière glycogène. Cette lésion envahit surtout les cellules qui tapissent la branche grêle et la branche large de l'anse de Henle. Pour la constater, il faut recevoir le rein

dans l'alcool absolu, faire les coupes dans ce liquide et les colorer par la solution Lugal (iode dissous dans iodure de potassium). Ehrlich avait émis l'opinion, pour expliquer cette limitation qu'il fallait tenir particulièrement compte du rétrécissement qui existe entre les deux branches. M. Straus, en montrant qu'au niveau du rétrécissement, l'altération est bien moins marquée que dans la branche grêle et la branche large, croit pouvoir rejeter cette hypothèse à laquelle il serait tenté d'opposer une théorie basée sur la disposition particulière de l'irrigation artérielle à ce niveau.

M. Pouchet dépose une note de M. Chabry *sur le développement des ascidies.*

M. Gley fait une communication sur la suspension de l'innervation modératrice du cœur. Il a étudié ce fait sur des lapins dont il avait préalablement ralenti le cœur en les refroidissant; dans ces conditions, l'excitation du bout périphérique de l'un des nerfs vagues n'arrête plus le cœur. M. Gley croit qu'on peut expliquer ces effets en admettant que l'organe étant placé dans les conditions mêmes dans lesquelles le met l'action modératrice quand elle s'exerce, cette action mise en jeu ne peut plus à son tour s'exercer à nouveau. Il ne pense pas que le phénomène tienne à une suppression de l'excitabilité nerveuse sur le bout central du pneumogastrique excité, produit toujours ses effets habituels sur la respiration et, d'autre part, si l'on réchauffe l'animal, le bout périphérique exerce de nouveau son action modératrice sur le cœur quand on l'excite. M. Gley a commencé à généraliser ses recherches et à en appliquer l'idée à l'étude des phénomènes vaso-moteurs.

M. Fr. Frank dit qu'il faudrait, en ce qui regarde les vaso-moteurs, avoir au préalable examiné si les vaso-moteurs réfrigérés ne perdaient pas leur action propre. Du reste il ne voit pas pourquoi le nerf pneumogastrique réfrigéré ne perdrait pas cette action comme les autres nerfs. En outre, il faut se souvenir de ce fait que l'état de l'organe influe beaucoup sur la fonction du nerf.

M. Gley a étudié l'état de la pression sanguine et de la circulation cérébrale pendant le sommeil produit par le *glucoside du boldo.* Il résulte des expériences, qu'il existe pendant ce sommeil une congestion du cerveau d'où l'on peut conclure à un certain degré d'anémie cérébrale. Ces expériences ont été faites en collaboration avec M. Rondeau.

M. Galippe montre à l'extrémité inférieure d'un filtre Pasteur, des filaments de *monilia sputicola.*

M. Gréhant a extrait à la température ordinaire, les *gaz des feuilles* et a constaté que les résultats qu'il avait obtenus précédemment devaient être modifiés, surtout en ce qui regarde, dans la circonstance, la proportion plus grande d'oxygène. Gilles de la Tourette.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 4 août 1885. — Présidence de M. Trélat.

M. G. Bouchardat lit plusieurs rapports sur les eaux minérales.

M. J. Guérin lit un travail sur le *choléra de Paris en* 1884; il a pour but de montrer : 1° qu'au point de vue de l'observation pure, dégagée de toute discussion doctrinale, on a longtemps méconnu à Paris, comme on l'avait fait à Toulon et à Marseille, les cas de maladies propres à établir l'existence du choléra, bien antérieurement à l'époque où l'épidémie a fait explosion ; 2° qu'à Paris, Toulon, Marseille, il n'a pas été possible de découvrir la moindre trace d'importation: au contraire, à la faveur des faits méconnus ou supprimés, il a été possible de constater, dès sa première origine, la naissance de la maladie sur place, d'en suivre le développement et l'extension sous l'empire de la constitution médicale qui l'avait précédée et qui l'a accompagnée et suivie jusqu'à sa disparition ; 3° que les différentes phases, les différents modes de manifestations, les differentes formes et degrés du choléra de Paris, reliés entre eux, par leur communauté d'origine, ont permis d'établir à nouveau l'unité de la maladie, contrairement à la doctrine de la dualité cholérique : choléra nostras ou indigène et choléra indien; 4° que, vu l'origine du choléra, il y a lieu de supprimer tous les cordons sanitaires maritimes et terrestres et de réduire toute la prophylaxie anticholérique aux moyens d'assainissement des milieux et de surveillance de la santé publique.

M. Cornil fait une communication relative aux recherches qui ont été entreprises dans son laboratoire, sur le *microbe de la syphilis*, par MM. Alvarès et Tavel. Cette communication se résume dans les conclusions suivantes : 1° Il existe, dans quelques sécrétions normales de l'organisme, un bacille qui n'a pas été encore signalé ; 2° Ce bacille est identique par sa forme et ses réactions colorantes à celui que Lusgarten a décrit comme spécial à la syphilis ; 3° Il se peut que le bacille que Lusgarten a trouvé dans des coupes de produits et dans les sécrétions syphilitiques, ne soit que ce bacille banal ; 4° Notre bacille a une grande ressemblance de forme avec le bacille de la tuberculose et présente plusieurs des réactions colorantes considérées jusqu'ici comme spéciales au bacille de Koch et à celui de la lèpre ; 5° Il se distingue du bacille de la tuberculose, en dehors de sa moindre épaisseur et de son aspect moins granuleux, conditions difficiles à apprécier dans un examen isolé, par sa moindre résistance à l'alcool après coloration par la fuschine et le traitement par l'acide nitrique; il s'en distingue, en outre, par l'insuccès des colorations, d'après la méthode d'Erlich, au violet de méthyle; 6° Dans le diagnostic clinique de la tuberculose, fait par l'examen histologique des sécrétions, il faudra tenir compte de ces faits. Comme ce bacille n'a pas jusqu'ici été cultivé, il faut rester encore très circonspect avant d'admettre que le bacille de Lusgarten est en réalité la cause de la syphilis.

M. Redard lit un travail intéressant sur la *désinfection des wagons* ayant servi au transport des animaux sur les voies ferrées. A la suite d'une série d'expériences, M. Redard proclame l'efficacité de la vapeur d'eau au-dessus de 110° et recommande ce procédé de désinfection pour les wagons à bestiaux.

L'Académie se constitue en *comité secret*, à l'effet d'entendre la lecture du *rapport* de M. Peter, sur les titres des candidats à une place de correspondant national. La commission présente en première ligne, M. Manouvriez (de Valenciennes) en deuxième ligne, M. de Ranse (de Nério) ; en troisième ligne, M. Maudon (de Limoges).

A. Josias.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 21 *novembre* 1884.— Présidence de M. Cornil.

24. Carie du rocher. — Phlébite du sinus latéral suivie d'infarctus gangréneux des poumons sans méningo-encéphalite concomitante. — Pseudarthrose de la clavicule droite ; par H. Hartmann, interne des hôpitaux, aide d'anatomie.

La nommée Bonnet (Louise), âgée de 14 ans, entre le 12 août 1884 à l'hôpital Trousseau, salle Giraldès, n° 7 (service de M. Lannelongue, alors suppléé par M. Duret).

Le matin, à la consultation, cette jeune fille nous avait déjà frappé par sa démarche difficile, sa face pâle, fatiguée, couverte de sueur. L'après-midi, nous la trouvons alitée, un peu abattue, avec du subdélirium. Le sterno-mastoïdien gauche est douloureux, contracturé ; on sent au-dessous de lui, à la partie supérieure, de petits ganglions. Il existe un écoulement purulent par l'oreille du même côté. La malade n'entend pas une montre placée très près de cette oreille. Au contraire, la perception auditive a lieu lorsque la montre est appliquée sur le crâne, quel que soit le point sur lequel on l'ait placée. Le ventre est souple, les pupilles normales, la langue un peu rouge, collante; le pouls à 76, présentant quelques irrégularités toutes les huit ou dix pulsations. Rien à l'auscultation.

13 *août.* Hier au soir, deux heures après la contre-visite, la malade est devenue très rouge, la peau sèche et brûlante; la température prise à ce moment était de 40°,4. Ce matin, grand frisson avec claquement de dents; 39°,8, 104

pulsations. Céphalalgie généralisée, rapportée principalement au sommet de la tête. Toujours torticolis. La pression de la partie postérieure du cou est douloureuse. Ventre souple. Abattement. Vésicatoire à la nuque. Le soir, 37°,6. 52 pulsations.

14 août. La malade, n'ayant pas eu de selles depuis son entrée à l'hôpital, on prescrit une purgation. 37°,2. A midi, frisson avec claquement de dents. Les urines ne contiennent pas d'albumine. Le soir, 41°,1. — Une partie de l'observation clinique a été prise par M. Létienne, externe du service, que nous remercions ici de son obligeance.

15 août. 39°, 90 pulsations. Le soir, 40°, 90 pulsations. La face est très rouge et brûlante, la langue sèche et collante. La malade a cependant mangé un peu cette après-midi. Raie méningitique. Pas d'inégalité pupillaire. La malade est très abattue, mais répond cependant bien aux questions; elle se plaint de douleurs vives dans la tête sans en préciser le siège. L'écoulement d'oreille continue, mais peu abondant; il y a toujours du torticolis; on ne trouve rien du côté de l'apophyse mastoïde. La mère, que nous voyons aujourd'hui, nous donne les renseignements suivants: Cette fille, qui menait une vie très dure, avait été obligée de cesser, il y a quinze jours, son métier de porteuse de journaux, et depuis huit jours, on la traitait pour un torticolis. Elle restait assoupie après les repas et délirait déjà de temps à autre. Un de ses frères est actuellement âgé de 16 ans, bien portant; un est mort de méningite à 14 mois, un autre à 6 semaines de la même maladie.

16 août. Le matin, 37°,5, 72 pulsations; le soir, 38°,4, 114 pulsations. Nuit agitée. Congestion de la face, qui est couverte de sueurs abondantes. A midi et demi, frisson.

17 août. 40°,7, 108 pulsations le matin; 40°,2, 96 pulsations le soir. Avant la visite, frisson ayant duré de 7 heures à 8 heures 1/4. Nous la voyons pendant le stade de chaleur: céphalalgie intense; peau sèche, brûlante; battements des artères du cou. Pas de vomissements; la malade a encore mangé son chocolat ce matin avant le frisson. Vers 10 heures du matin, commencent les sueurs, qui sont très abondantes. Il y a moins de somnolence que les jours précédents.

18 août. 39°,9, 114 pulsations le matin; 40°,7, 108 pulsations le soir. La somnolence a reparu. Le pouls est plus faible que les jours précédents, où il était un peu bondissant. Il a toujours été régulier depuis le lendemain de l'admission.

19 août. 39°,2, 105 pulsations le matin; 36°,6, 60 pulsations le soir. Hier au soir, vers 6 heures, petit frisson. Ce matin, sueurs localisées au nez et aux lèvres.

20 août. 41°, 135 pulsations le matin; 39°, 105 pulsations le soir. Hier au soir, vers 5 heures, grand frisson. Ce matin, nouveau frisson, dilatation pupillaire. Respiration légèrement saccadée. La malade est très abattue.

21 août. 35°,8, 72 pulsations le matin. Faciès calme, reposé, pouls normal, respiration tranquille. Entre 11 heures et midi, frisson. Le soir, 37°,5, 90 pulsations. Face pâle, quoique couverte de sueurs. Stupeur assez marquée. Les battements du pouls sont très forts.

22 août. 38°,7 le matin; 38°,4, 96 pulsations le soir. Vers 11 heures du matin, frisson ayant duré 3/4 d'heure.

23 août. 38°,5, 87 pulsations le matin; 39°,4, 132 pulsations le soir. La céphalalgie a disparu; début d'escharres fessières. Vers 1 heure et demie, frisson. Le soir, les battements du cœur sont précipités, les mouvements respiratoires un peu accélérés.

24 août. 37°,5, 105 pulsations le matin; 40°,2, 122 pulsations le soir. Ce matin, épistaxis très légère. La malade, dans une demi-stupeur, accuse une douleur assez intense dans l'hypochondre gauche. Diarrhée, incontinence des matières. Le soir, face pâle, rire sardonique.

25 août. 39°, 144 pulsations le matin; 39°,2, 135 pulsations le soir. A 6 heures du matin, petit frisson. Stupeur, pouls filiforme. Les escharres fessières ne se sont pas étendues. Le soir, respiration précipitée, battements des ailes du nez, délire; la malade demande cependant encore quelle est sa température. Mort à 10 heures, après une agonie de 2 heures. Le torticolis a persisté jusqu'au dernier moment.

Autopsie, 36 heures après la mort. — *Foie, rate, reins, cœur* sains. On trouve dans les lobes inférieurs des *poumons*, particulièrement à leur partie postérieure, de nombreux infarctus, de dimensions variables, dont quelques-uns ramollis ont revêtu une apparence gangréneuse. Pas de tubercules. Emphysème du bord antérieur.

A la partie supérieure du cou, sous le sterno-mastoïdien, on trouve, entourant la veine jugulaire interne, un foyer purulent. La veine contient elle-même un liquide sanieux; malheureusement, elle a été coupée à la partie moyenne du cou, et il est impossible de savoir ce qu'elle contenait à son embouchure.

A l'ouverture de la cavité crânienne, on ne trouve rien dans les *méninges;* le *cerveau* et le *cervelet*, découpés avec soin, n'offrent rien de particulier. Mais en ouvrant le sinus latéral gauche, on y trouve, s'étendant du pressoir d'Hérophile à la portion mastoïdienne, un caillot rougeâtre qui se détache avec facilité de la paroi vasculaire. Au niveau de la portion mastoïdienne, ce caillot prend une coloration noirâtre dans une étendue d'un centimètre environ et adhère à la paroi vasculaire de plus en plus à mesure que l'on descend, si bien qu'il arrive un moment où l'on ne peut plus le détacher. A mesure qu'on se rapproche de ce point, on voit la paroi interne du sinus, qui jusque-là était blanche et lisse, prendre une teinte rosée. Le caillot se termine par une surface assez régulièrement concave au point où le sinus arrive au contact de la pyramide. A partir de là, le sinus contient un pus sanieux, verdâtre qui n'en occupe pas la totalité, car il est séparé de la paroi par un caillot tubulaire, noirâtre, très adhérent, qu'on ne peut arracher que par lambeaux de coloration noir verdâtre, d'une épaisseur d'un millimètre environ. En un mot, il y a ramollissement puriforme du centre du caillot. Les mêmes altérations se retrouvent dans le golfe de la veine jugulaire et dans cette dernière. En détachant la dure-mère de la face antéro-supérieure du rocher, on voit que cette portion de l'os offre une teinte légèrement verdâtre. En enlevant au ciseau la paroi supérieure de la caisse, on constate que les osselets ont disparu, que la muqueuse est détruite, le tympan disparu et que la cavité est remplie d'un pus grisâtre. Sectionnant ensuite au ciseau la paroi supérieure du rocher, en arrière et au dehors de la caisse, on tombe sur une portion osseuse malade offrant des teintes variées, grisâtres par places, noir-verdâtre en d'autres, s'émiettant facilement avec la pince. En enlevant avec celle-ci de petits fragments osseux plus ou moins mobiles, on arrive dans une cavité contenant un pus sanieux tout à fait analogue à celui du sinus; au fond de cette cavité existent deux petits puits convergents, par lesquels un stylet fin pénètre dans la cavité du sinus latéral, immédiatement au-dessous du point où cesse le caillot rougeâtre, pour faire place à la portion ramollie et suppurée de ce caillot.

Sur la même malade existait une pseudarthrose de la clavicule droite. La fracture avait été constatée, d'après les renseignements donnés par la mère, à l'âge de 8 jours et traitée à la consultation de Sainte-Eugénie. Une pseudarthrose s'était établie et les mouvements n'étaient nullement gênés. La malade pouvait porter de très lourds fardeaux, des paquets de journaux qu'elle allait chercher aux imprimeries, et se servait aussi bien de la main droite que de la gauche. Nous avons pu constater que le bras droit jouissait de tous ses mouvements et que l'étendue de ceux-ci ne paraissait pas diminuée.

A l'entrée à l'hôpital, on note les symptômes suivants: La clavicule droite est fracturée à 5 ou 6 centimètres environ du sternum. L'extrémité du fragment interne soulève les téguments de la base du cou et se dirige en dehors, et un peu en haut et en arrière; elle se trouve presque au-dessus de l'apophyse coracoïde quand la malade est dans le décubitus dorsal. Ce fragment semble terminé par une extrémité mousse, un peu saillante dans sa partie antéro-supérieure. Au-dessous de lui, on trouve le fragment externe, qui chevauche de près d'un centimètre. On peut

mouvoir ces fragments dans une certaine étendue. En portant le bras en haut et dans une légère rotation externe, on arrive à réduire la fracture; on a alors, en remuant les fragments, une sensation de frottement rugueux, sans crépitation à proprement parler.

A l'autopsie, on constate une fracture de la clavicule droite. Celle-ci présente une épaisseur à peu près égale à celle du côté opposé, mais sa longueur est moindre (10 c. 5 au lieu de 13 c.), ses courbures plus marquées, son appareil ligamenteux beaucoup plus développé. La fracture est située à 5 cent. de l'extrémité interne de l'os, au sommet de la grande convexité antérieure. L'extrémité interne a un volume à peu près égal à celui de la clavicule opposée. Elle est un peu plus aplatie d'avant en arrière. La simple empreinte destinée à l'insertion du ligament costo-claviculaire qu'on note à gauche est devenue un véritable tubercule du volume d'un pois. L'extrémité externe présente une configuration générale normale, mais les rugosités qu'on remarque sur sa face inférieure et qui donnent insertion aux ligaments coraco-claviculaires, sont plus développées que du côté opposé, si bien que le tubercule du ligament conoïde détermine une véritable saillie angulaire sur le bord de l'os.

Les deux fragments, qui offrent une forme générale arrondie, un diamètre égal à celui de la portion de diaphyse qu'ils continuent, sont unis par une véritable capsule fibreuse qui, dès le premier abord, paraît très résistante. En l'incisant par sa face supérieure, on constate que ce qui avait paru être une capsule n'est que la partie la plus superficielle de ligaments occupant une bonne partie des surfaces en rapport, que cependant il existe une sorte de cavité pseudo-synoviale, humide, glutineuse. Les extrémités des fragments sont séparées de cette pseudo-cavité par une couche d'apparence fibro-cartilagineuse qui les double et qui mesure un bon millimètre d'épaisseur. Immédiatement au-dessous de cette couche fibro cartilagineuse, on trouve sur chacun des fragments une ligne de tissu compacte, au delà de laquelle commence immédiatement le tissu spongieux. Ce dernier occupe toute l'étendue des fragments et ne présente, que dans une très petite étendue de chacun de ceux-ci, un vestige de canal médullaire.

Pendant l'autopsie, dans l'ablation de la clavicule, le couteau, engagé entre le fragment interne et ce qui sera plus tard l'épiphyse interne, a produit un décollement très facile de cette dernière, celui-ci n'a pu être obtenu sur la clavicule opposée.

Aucune lésion rachitique du thorax ni des autres os.

Réflexions. — Plusieurs points nous ont paru dignes d'être notés dans cette observation : 1° La constatation de la propagation directe de l'inflammation du tissu osseux au sinus qui est établie ici de la façon la plus nette ; 2° L'aspect que présente ce caillot rougeâtre au-dessus du point osseux malade, puriforme immédiatement au-dessous; — 3° L'absence de retentissement inflammatoire du côté des organes encéphaliques. C'est là un fait rare, si rare que d'Espine et Picot, dans leur Manuel si justement classique des maladies de l'enfance, nous disent que la suppuration du caillot s'accompagne toujours de méningite suppurée. Cette opinion est exagérée, car il nous a été facile de nous assurer par quelques recherches rapides que d'autres auteurs, Frederick Taylor, Braidwood, etc., ont publié des autopsies en tout analogues à la nôtre; — 4° La présence d'un torticolis du même côté que l'otorrhée, cette contracture du sterno-mastoïdien, que nous n'avons pas trouvée notée dans les ouvrages que nous avons lus, fit de suite songer chez notre malade à une lésion inflammatoire du côté de la veine jugulaire, l'absence de tout symptôme du côté de l'apophyse mastoïde éloignant toute cause tenant à une inflammation périostique, tandis que le subdélirium, les irrégularités du pouls, l'état de faiblesse de la malade, en l'absence de tout autre renseignement, suffisaient à faire songer à une lésion encéphalique; — 5° Les infarctus gangréneux des poumons; — 6° L'intégrité des mouvements, l'exagération des courbures et le développement exagéré de l'appareil ligamenteux de la clavicule atteinte de pseudarthrose.

25. Rapport sur la candidature de M. M. Denucé, interne des hôpitaux au titre de membre-adjoint de la *Société anatomique*; par le Dr Gérard Marchant, membre de la Société.

Parmi les présentations de M. Denucé à la Société anatomique, il en est trois sur lesquelles je tiens à appeler plus spécialement votre attention. Toutes trois ont trait à des sarcomes primitifs des os. Leur rapprochement me paraît susceptible d'offrir un certain intérêt.

On sait que pour Wirchow (1), les tumeurs doivent être distinguées avant tout d'après leur point de départ. Sur cette base, il établit deux groupes principaux : les sarcomes d'origine externe, et ceux d'origine interne, les premiers partant du périoste, les seconds de la moelle. Astley Cooper (2) avait déjà proposé cette classification, et décrit des « exostoses » périostales et médullaires. Les tumeurs périostales sont pour la plupart des formes dures, et l'os y persiste; les myélogènes forment des tumeurs molles; pendant leur développement, le tissu osseux disparaît plus ou moins complètement, ou la substance corticale osseuse se gonfle en coques vésiculaires. Plus loin, Wirchow insiste sur la puissance d'infection des tumeurs périostales, sur leur propagation non seulement à travers les parties voisines, mais encore sur leur fréquente généralisation. Les observations de M. Denucé semblent avoir été choisies pour remplir les cadres de ce tableau. La première relate un cas type de sarcome myélogène. Les deux autres ont trait à des sarcomes périostaux. Le premier s'est développé rapidement, envahissant par propagation du voisinage les parties voisines. Le second a été suivi d'une généralisation tellement précipitée qu'on peut presque la qualifier de généralisation d'emblée.

Au point de vue clinique, les trois observations présentent bien des points de contact. Les trois sujets sont jeunes, âgés de 18 à 20 ans, arrivés par conséquent à peu près au terme de leur croissance, au moment où la diaphyse et l'épiphyse vont se souder définitivement. Les tumeurs ont eu toutes trois leur point de départ à l'extrémité de la diaphyse d'un os long. Le début a été insidieux et ne s'est révélé que par des signes subjectifs d'une importance médiocre. Puis les tumeurs ont pris un développement rapide, et c'est surtout l'accroissement de leur volume qui a attiré l'attention du malade et l'a poussé à réclamer l'intervention chirurgicale. Une de ces tumeurs, celle d'origine myélogène, était molle, fluctuante, et animée de battements vasculaires. Les autres étaient dures, et leur adhérence profonde à l'os dont elles paraissaient faire partie, pouvait seule faire suspecter leur origine.

Je n'insisterai pas davantage sur la séméiologie de ces tumeurs. Leur origine osseuse était établie. Qu'il me soit permis de faire remaquer que leur point de départ soit dans la substance médullaire, soit dans le périoste, pouvait encore être affirmé d'avance par l'examen des signes physiques. Mais quelques points me paraissent intéressants à noter dans le cas suivi de généralisation.

Il s'agit d'un jeune homme atteint primitivement d'une tumeur de l'extrémité inférieure du fémur. Peu de temps après le début, une tumeur analogue parut dans le maxillaire inférieur. Le développement des deux néoplasmes fut rapide. La tumeur maxillaire causant de graves hémorrhagies dut être extirpée. Néanmoins, le malade mourut après avoir présenté deux jours seulement avant la mort des signes de broncho-pneumonie. A l'autopsie, on trouva tout un poumon envahi par une infiltration sarcomateuse. Or, les ganglions inguinaux étaient restés indemnes. Birkett (3) a signalé un cas analogue, et Wirchow (4) rapportant deux cas semblables, s'est demandé quelle était la

(1) Wirchow. — *Path. des tumeurs*. Trad. fr., t. II, p. 255 et suiv.

(2) A. Cooper. — *Surgical Essays*. London, 1818, t. I, p. 155.

(3) Birkett. *Guy's Hosp. Rep.* Série 3, vol. III, p. 338.

(4) Wirchow.— *Loc. cit.*

voie de la généralisation. Dans son cas, il n'en admet nulle autre que le courant sanguin. J. Paget (1) a en effet trouvé chez un malade atteint de sarcome du fémur et secondairement de généralisation pulmonaire, des traces d'infection intermédiaire dans les veines iliaques et dans l'artère pulmonaire. Wirchow, étudiant ce cas, admet la possibilité d'embolies « agissant comme semences, » Il est regrettable que dans l'observation qui nous occupe, pareille recherche n'ait pas été faite. Le peu d'importance des symptômes pulmonaires, eu égard à l'étendue des lésions, est encore à noter.

La rapidité de cette généralisation doit arrêter l'attention. Récemment encore, les journaux allemands, et des observations présentées à cette Société même, ont cherché à prouver que les sarcomes d'origine périostique jouissaient d'une facilité de propagation et d'extension plus grandes que les sarcomes médullaires. A première vue, ce fait est difficile à comprendre, étant données les conditions anatomiques et histologiques de la substance médullaire et de la couche sous-périostée. Néanmoins, il a été relevé déjà par plusieurs observateurs et reçoit encore ici une confirmation nouvelle que nous nous bornons à enregistrer.

Chacune des observations de M. Denucé est accompagnée d'une analyse micrographique détaillée. Dans toutes, mais surtout à propos de la tumeur télangiectasique où cette particularité devenait plus frappante, M. Denucé a fait remarquer combien les vaisseaux proprement dits étaient rares dans le tissu du néoplasme. En revanche, on y rencontre des lacunes plus ou moins nombreuses; la présence dans ces lacunes d'hématies, démontre leur rôle vasculaire. Enfin, le rapport de ces lacunes avec les myéloplaxes, est spécialement noté et concorde avec la théorie de M. le professeur Ranvier sur le rôle vaso-formateur de ces éléments. Je vous propose donc de vouloir bien inscrire M. Denucé parmi les candidats au titre de membre adjoint de la Société anatomique.

26. Fistule cervico-pulmonaire, consécutive à un traumatisme, mettant en communication la partie droite du cou avec une caverne du poumon gauche; par Herbland Morin, interne des hôpitaux.

La pièce que je présente provient d'un malade mort d'un érysipèle de la face, salle Saint-Augustin n° 27, à l'Hôtel-Dieu (service de M. Moutard-Martin).

Ce malade portait au cou, à droite, derrière la clavicule, dans une dépression située immédiatement en arrière du relief du sterno mastoïdien, un orifice assez large pour admettre l'extrémité de l'index jusqu'à la profondeur de 1 centim. 1/2 environ. Par cette ouverture, il rejetait chaque fois qu'il toussait, des matières verdâtres parfaitement analogues aux crachats qu'il expulsait par la bouche. Ces matières étaient en assez grande abondance pour qu'il portât constamment un mouchoir au niveau de l'orifice cervical. Voici les renseignements qu'il donnait à ce sujet: en 1855, au siège de Sébastopol, il avait reçu un balle dans le cou, et depuis, sa blessure ne s'était jamais fermée. On avait cherché la balle, mais il ne savait pas si on l'avait retirée. Pendant plus de 20 ans, jusqu'en 1877, la plaie avait donné constamment issue à du pus, mais en très petite quantité, et, d'ailleurs, sans altération appréciable de son état général. En 1877, il tomba malade. Il parait à cette époque être devenu tuberculeux. Il contracta une bronchite qui, depuis ne guérit jamais, maigrit beaucoup, eut des hémoptysies. En 1878, brusquement, l'écoulement de sa fistule changea de nature, en même temps qu'il augmentait considérablement. Au lieu d'un suintement de pus absolument indépendant des secousses de toux, ce furent des crachats bien formés qu'il expulsait à la suite de quintes. Cet état de choses dura jusqu'à sa mort.

L'*auscultation*. quand il entra dans le service, indiquait un état avancé de ramollissement des deux poumons. A gauche, on avait des signes cavitaires très nets. La colonne vertébrale présentait une incurvation notable à convexité postérieure sans déviation latérale, incurvation dont le sommet correspondait à l'apophyse épineuse de la 3e dorsale. On pouvait donc penser que des *altérations osseuses*. déterminées par le traumatisme primitif, avaient causé une suppuration permanente et l'affaissement de certaines parties du rachis, puisque, plus tard, des lésions pulmonaires et pleurétiques nouvelles, ayant établi des adhérences au niveau des foyers de vieille suppuration, des communications anormales s'étaient ouvertes entre le poumon et l'extérieur.

Cette manière de voir paraît confirmée par l'autopsie, Sur cette pièce on peut voir que la fistule suivie à partir de l'orifice cutané se dirige vers la colonne vertébrale qu'elle atteint à la hauteur de la 7e cervicale. A partir de ce point, elle descend verticalement sur le côté droit du rachis jusqu'à la 3e dorsale. Durant tout ce trajet, le périoste est détruit et la paroi postérieure de la fistule est formée par du tissu osseux de couleur grisâtre, irrégulier, rude au toucher. Cette fistule est d'un calibre considérable. Dans ses 3 premiers centimètres, elle peut admettre le petit doigt, plus bas, elle se rétrécit un peu, mais en restant toujours supérieure au manche d'un porte-plume. Au niveau de la 3e dorsale, le trajet change de direction, de vertical il devient horizontal, il passe du côté droit au gauche du rachis. L'os est plus profondément attaqué, le disque qui sépare la 2e dorsale de la 3e est détruit, et les deux corps vertébraux se touchent. Le périoste est conservé en avant, comme un pont. Dans cette dépression profonde, nous avons trouvé libres deux petits fragments d'os nécrosé. Une fois arrivé sur le côté gauche de la colonne vertébrale, le trajet se dirige le long de la côte durant 2 centimètres; puis s'abouche à plein canal dans une caverne de la dimension d'un œuf environ. La balle n'a pas été retrouvée.

Séance du 28 novembre. — Présidence de M. Cornil.

28. Gros foie. — Grosse rate. — Ostéomalacie. — Syphilis héréditaire; par M. Tissier, interne des hôpitaux.

M. Chauffard a vu le malade il y a un an. A cette époque, en présence de la cachexie générale, de l'augmentation de volume du foie et de la rate sans autre symptôme, on avait pensé à la pseudo-leucémie. Le sang a été examiné à plusieurs reprises; jamais on n'a trouvé les globules blancs en nombre exagéré.

Si l'on remarque qu'il n'existe aucune lésion des viscères que l'on puisse attribuer à la syphilis héréditaire, que le traitement spécifique est demeuré sans résultat, on est amené à penser à la pseudo-leucémie et en particulier à la forme myélogène.

M. Cornil dit qu'il serait nécessaire de pratiquer l'examen histologique et de chercher s'il ne s'agit pas de l'ostéomalacie.

29. M. Dalché présente une volumineuse tumeur de l'un des reins. Les tumeurs plus petites, d'aspect adénomateux, existent dans le rein du côté opposé.

30. M. Dubreuil montre la moelle d'un enfant atteint de torticolis, avec un abcès à la région cervicale. La moelle, revêtue de ses enveloppes, est très épaissie du bulbe à la région dorsale. Il parait y avoir du pus infiltré à la région postérieure, entre la pie-mère et la dure-mère, et du pus répandu dans le canal de l'épendyme. Ce pus communiquerait avec l'intérieur par une sorte de conduit adhérent à la dure-mère.

31. M. Metaxas montre des reins chirurgicaux. Le malade a présenté des phénomènes qui, à cause de l'abaissement de la température, ont empêché de faire un diagnostic précis entre l'urémie et la septicémie.

32. Hernie diaphragmatique chez un adulte, par M. A. Cayla, interne des hôpitaux.

Le malade dont je présente les pièces était entré à l'Hôtel-

(1) Paget. — Myeloid. Tum in *Lectures on Surg. Path.*

Dieu (service de M. Hérard) pour des accidents qui remontaient à cinq jours. C'était un ouvrier plombier, âgé de 32 ans, d'une bonne constitution.

Il n'a comme signe d'intoxication saturnine que le liseré gingival. Il nous raconte en outre qu'il a été pris, il y a six ans environ, de vomissements avec constipation. Ces accidents, que l'on avait à ce moment-là rapporté à une colique de plomb, peuvent s'interpréter d'une autre façon, comme on va le voir par la suite.

Il nous raconte à son entrée (21 novembre), qu'il y a cinq jours, à la suite d'un effort violent fait en soulevant une lourde pièce de fonte, il a ressenti une violente douleur à la base de la poitrine à gauche. Il a pu, malgré cela, continuer à travailler; il a même déjeuné sans peine, et ce n'est que deux heures après son repas, qu'il a vomi ses aliments. Ces vomissements s'accompagnaient d'une douleur vive au creux épigastrique, et se répétaient chaque fois que le malade ingérait quelque boisson.

Il a été vu pendant trois jours en ville par un médecin. Le traitement a consisté en purgatifs et révulsifs au creux de l'estomac.

Son état s'aggravant, il se fait transporter à l'hôpital. Sa figure est fatiguée, les yeux sont cernés, il est tourmenté par des vomissements incessants, qui ont amené une prostration assez marquée. Il vomit abondamment des matières filantes, noirâtres; les liquides seuls peuvent passer, mais ils sont rendus quelques instants après. Le pouls est petit, faible; les extrémités ne sont pas refroidies. La langue est rouge et pointue; il nous affirme que depuis quelques jours il ne va plus à la selle, et que le purgatif donné en ville au début a à peine provoqué une évacuation de matières. Depuis, il n'a pas rendu de gaz par l'anus. De plus, c'est à peine s'il a uriné quelques centimètres cubes d'urine en vingt-quatre heures. L'examen ne permet pas d'y rien découvrir d'anormal.

En présence de ces signes, notre première idée fut que le malade avait une occlusion intestinale, et nos premières investigations furent dirigées dans ce sens. L'absence de hernie nous amena à penser que la cause de l'obstruction siégeait dans la cavité abdominale, mais la palpation ne nous permit pas de rien découvrir; de plus, le ventre est manifestement rétracté; on provoque de la douleur en déprimant la paroi au creux épigastrique. Les jours suivants, l'état du malade s'est aggravé progressivement, sans qu'aucun phénomène nouveau vînt s'ajouter à ceux décrits plus haut.

Mêmes phénomènes d'obstruction, avec une rétraction de plus en plus accusée du ventre, fait dont l'explication nous échappait complètement et qui allait mal avec l'hypothèse d'une obstruction.

L'affaiblissement du malade a fait de rapides progrès; il a pris le facies grippé, en même temps que ses extrémités se refroidissaient. Dans la nuit du 24, il est pris de hoquet, et il meurt le 25 au matin dans le collapsus. Dans la journée du 24, l'ingestion des liquides était devenue si difficile et si douloureuse, que le malade refusait de boire.

Autopsie. — La paroi abdominale ouverte, ce qui frappe tout d'abord l'attention, c'est le peu de place qu'occupe la masse intestinale; les anses sont affaissées, le gâteau intestinal est appliqué contre la colonne vertébrale. Le foie occupe tout le creux épigastrique. Il n'y a pas trace de péritonite. On n'aperçoit pas l'estomac, le grand épiploon est ramassé au-dessous du bord inférieur du foie. En soulevant le foie, on n'aperçoit pas davantage l'estomac; sous le diaphragme, il existe une masse constituée par le grand épiploon, qui recouvre une ouverture du diaphragme, par laquelle le corps de l'estomac a pénétré dans la cavité thoracique. Après avoir enlevé le plastron sternal, on constate aisément la disposition réciproque des parties. Le corps de l'estomac, très dilaté et presque rempli de liquide, occupe la cavité gauche du thorax. Le poumon a été refoulé jusqu'à la partie supérieure. Il n'y a pas d'enveloppe à l'estomac qui constitue un sac à la hernie. Au niveau de l'orifice, qui présente les dimensions d'une pièce de 5 francs, voici la disposition qu'affectent les parties. Le cardia et le pylore sont dans l'abdomen; l'estomac a dû subir un mouvement de bascule qui a amené la grande courbure à passer dans la poitrine; au niveau de l'orifice, il a subi un mouvement de torsion sur son axe. Le doigt entre difficilement dans l'anneau, et l'on éprouve quelque peine à réduire la hernie. Au niveau de l'anneau, l'estomac présente une coloration rouge sombre due à la constriction qu'il subissait à ce niveau; cette coloration est encore plus accusée à la face interne, le long de la petite courbure; il existe des arborisations vasculaires très nettes. Sur la grande courbure, il existe une perte de substance de quelques millimètres; la muqueuse et la musculeuse sont détruites; les bords sont irréguliers, vascularisés. On trouve encore deux petites érosions superficielles.

L'œsophage est normal, il ne présente pas de dilatation; en suivant la muqueuse, on remarque que la coloration reste d'un blanc mat jusqu'au niveau de la partie qui traverse l'anneau, à cet endroit seulement commence la coloration rouge brun que nous venons de signaler. Il y a donc eu à ce niveau un degré de constriction assez marqué, et peut-être a-t-il amené l'érosion que nous avons décrite, et que l'on peut comparer à celles que l'on voit dans les hernies étranglées. L'orifice du diaphragme est circulaire, il siège dans la partie charnue du muscle entre la foliole gauche et la foliole moyenne du trèfle aponévrotique. Un paquet du grand épiploon adhère à la moitié externe de l'orifice. La rate adhère à la face inférieure du diaphragme par l'épiploon gastro-splénique. Au bord de l'orifice le péritoine semble se continuer directement avec la plèvre. D'autre part, nous signalerons une dégénérescence graisseuse du foie, granulo-graisseuse des reins, et la présence de quelques tubercules aux sommets. Surcharge graisseuse de tous les viscères, due à l'alcoolisme.

Réflexions. — En présentant les pièces à la Société anatomique, nous avions cru pouvoir affirmer que nous nous trouvions en présence d'une hernie congénitale, pour les deux raisons suivantes : l'absence de sac et la régularité que présentaient les bords de l'orifice. M. Quenu m'objecta que ces deux raisons n'étaient pas suffisantes, que l'on connaissait des hernies de l'adulte sans sac, que d'autre part la régularité des bords de l'orifice n'était peut-être qu'apparente, et que la dissection minutieuse de ses parties constituantes pourrait peut-être modifier mon opinion. Je dois dire qu'après l'examen auquel je me suis livré je me range à l'opinion de M. Quenu. Voici les résultats de cette dissection. J'ai détaché avec soin les deux séreuses qui recouvrent l'orifice; arrivé au bord, dans le point où ces deux membranes s'unissent, leur fusion n'est pas intime; elles ne se continuent pas directement l'une avec l'autre, comme si elles ne constituaient qu'une seule et même membrane, ce qui devrait être si la lésion remontait à la période de formation embryonnaire. L'orifice débarrassé de ses deux séreuses présente une forme ovalaire. En suivant les faisceaux de fibres musculaires qui l'avoisinent, on ne remarque aucune rupture, ceux qui constituent les bords mêmes de l'orifice peuvent être suivis jusqu'aux deux extrémités de l'ovale où on retrouve les faisceaux d'origine. Il semble donc qu'il y a eu un simple écartement de ces faisceaux.

C'est donc une hernie de l'adulte, et il est vraisemblable d'admettre que l'orifice du diaphragme existait depuis longtemps. Les accidents que le malade a présentés il y a six ans (vomissements, constipation) et qui ont été rattachés à une colique de plomb, n'étaient-ils pas déjà les premiers signes d'une hernie qui commençait à se former et qu'un effort violent a constituée définitivement. La chose est des plus probables, d'autant que, depuis ce temps-là, le malade n'a jamais eu de nouvelle colique de plomb. L'existence d'une adhérence d'un diverticulum du grand épiploon avec la base du poumon gauche, qui existait chez ce sujet, prouve également que la perforation du diaphragme existait depuis longtemps.

REVUE D'HYGIÈNE

I. Rapport général sur les travaux du Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine, de 1872 à 1877 inclusivement; par M. F. Bezançon; — **de 1878 à 1880 exclusivement**; par M. Ch. Patin; in-8 de 1000 et de 987 p. avec figures, Paris, Chaix, 1882-84.

II. L'étude et les progrès de l'hygiène en France, de 1878 à 1882; par MM. Napias et Martin. avec préface de M. Brouardel; in-8 de 546 p. et 229 fig. Paris, Masson, 1882

III. Manuel de gymnastique rationnelle suédoise à l'usage des écoles primaires; par C. Nordlander et E. Martin; in-8 de 245 p. et 145 fig. Paris, Delahaye et Lecrosnier, 1883.

IV. Hygiene de las Escuelas; par J. Chillida; in-18 de 174 p. Castellon, Association typ., 1883.

V. Traité élémentaire d'hygiène militaire; par P. Rossignol, médecin-major de 1re classe; 2e édit., in-8 de 566 pages. Paris, Dumaine, 1883.

VI. Desinfectants and disinfection, 12 p.

VII. Traité des désinfectants et de la désinfection; par E. Vallin, médecin principal de 1re classe; in-8 de 797 p. Paris, Masson, 1885.

VIII. Les Mineurs et l'Anémie: par P. Fabre (de Commentry); broch. in-8 de 32 pages. Paris, Steinheil, 1884.

IX. La mortalidad de Madrid; par G. Lazano; broch. de 176 p. Madrid, Maroto et fils, 1885.

X. De l'enseignement de l'hygiène dans les facultés, conférence faite à Lausanne; par Loewenthal; broch. de 32 p. Lausanne, Benda, 1885.

XI. La Hygiene en el teatro; broch. de 85 p., par Felippe Orilo; Madrid, E. Teodoro, 1885.

XII. L'Anti-Sémitisme à Alger; par Aumerat (Marteau); in-8 de 224 p. Pèze, Alger, 1885.

I. Nous ne saurions que féliciter sans réserves M. Bezançon de l'excellent volume qu'il vient de nous donner et qui, par le soin avec lequel il a été rédigé, tiendra une place toute spéciale dans la publication si intéressante des travaux du Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine. Avant cette publication, il était fort difficile, sinon impossible, de se procurer ces comptes rendus si importants, et cela au grand détriment, non seulement de ceux qui font de l'hygiène l'objet de leurs études habituelles, mais encore de tous les manufacturiers, de tous les commerçants de Paris qui emploient des produits chimiques ou des substances dont la fabrication ou l'usage doivent être astreints à des règles hygiéniques.

Dans ces volumes, dont le second est dû à M. Patin, se trouvent en effet réunis et clairement présentés, une quantité considérable de renseignements sur le mode de fabrication, sur les règles à observer dans l'établissement des usines des produits dits dangereux; sur la construction des hôpitaux et casernes; sur l'utilisation de substances dont on ne tire pas actuellement parti, etc., etc.; toutes choses de première utilité et dont la connaissance est vraiment indispensable à toute une catégorie de personnes. Nous ne pouvons en dire davantage sur cette publication qui, par sa complexité même se prête mal à l'analyse; du reste le succès qu'elle a obtenu, est le meilleur garant de sa grande utilité.

II. Ce livre fut publié à l'instigation et sous les auspices du Conseil d'administration de la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle de Paris, afin de faire connaître, à l'occasion du Congrès international d'hygiène de Genève, les progrès de l'hygiène en France depuis 1878. En confiant à ses deux secrétaires le soin de composer cet ouvrage, la Société ne pouvait mieux choisir, car le livre qu'ils ont élaboré, rédigé de la façon la plus claire et la plus précise, est du plus haut intérêt.

Il nous faut renoncer à analyser tous ces documents si divers, dont MM. Napias et Martin ont su pourtant faire un tout complet qui équivaut à un excellent traité. Rien n'a été passé sous silence, les procédés les plus variés dans toutes les branches de l'hygiène ont été analysés et présentés; de plus, lorsqu'une figure est nécessaire, elle ne fait jamais défaut. Il ressort une impression satisfaisante de cette lecture; elle montre que, malgré le défaut d'initiative du gouvernement pour tout ce qui touche l'hygiène, l'initiative individuelle ou celle collective des Sociétés particulières, a produit des résultats considérables. Aussi, dans son excellente préface, M. le professeur Brouardel ne manque-t-il pas de rendre justice, avec sa grande autorité, aux efforts faits par les municipalités en ce qui touche l'hygiène publique; il insiste en particulier sur les sacrifices que s'est imposée la Ville de Paris pour assainir ses rues et rejeter au loin ses immondices. Et il reste encore beaucoup à faire. La création du Laboratoire municipal et du Bureau de statistique ne sont que les avant-gardes des institutions hygiéniques qu'il faut encore fonder. A ce propos nous ne saurions trop mettre en lumière la faute énorme qui a été commise. Comment se fait-il qu'on n'ait pas mis à profit, pour la création d'un *Musée municipal d'hygiène*, tous les matériaux réunis pour la riche exposition que la Ville de Paris avait au Congrès d'hygiène de Genève. A qui incombent les responsabilités? Que sont devenus tous ces éléments si précieux peut-être aujourd'hui dispersés et que l'on aura tant de mal à réunir à nouveau?

III. Ce manuel, fort soigné, qui ne contient pas moins de 145 fig., avec tableaux et planches explicatifs, est appelé à rendre de grands services, particulièrement aux instituteurs qui sont eux-mêmes professeurs de gymnastique. Ils y trouveront clairement expliqués les différents mouvements dont l'interprétation est singulièrement facilitée par le nombre considérable de figures renfermées dans le volume.

IV. L'auteur a su traiter avec autorité cet important sujet et, non seulement il s'occupe de l'hygiène ordinaire; mais encore il consacre des paragraphes fort importants à l'hygiène intellectuelle et morale. Après avoir passé en revue les conditions de salubrité d'une bonne école, il étudie avec le plus grand soin tous les actes des écoliers, insistant sur les attitudes vicieuses qui déforment le corps, montrant l'importance d'une gymnastique rationnelle et donnant une distribution hygiénique fort soignée des heures de classe. Cet excellent manuel se termine par des conseils sur la façon dont on peut se préserver des fièvres éruptives et des maladies contagieuses et des indications précises qui permettront au maître de soupçonner chez ses élèves les affections si tenaces et si contagieuses du cuir chevelu.

V. Il est certainement plusieurs façons de comprendre le plan d'un livre traitant de l'hygiène militaire On peut à chaque chapitre d'hygiène générale ajouter un appendice traitant plus particulièrement de l'hygiène du soldat; on peut aussi renverser les termes de cette proposition. Nous n'hésitons pas à dire que, bien qu'il n'ait pas été suivi par M. Rossignol, le deuxième plan nous paraît de beaucoup préférable au premier. Il est nécessaire en effet d'admettre que, puisqu'ils ont subi des examens probatoires à ce sujet, les médecins de régiment ont au moins à leur disposition un manuel d'hygiène générale; il est donc tout à fait désirable pour eux de trouver dans un traité spécial ce qu'ils ne trouvent pas dans le livre qu'ils possèdent déjà. Après tout, M. Rossignol a peut-être voulu faire d'une pierre deux coups; ce qui est certain, c'est qu'il y a bien peu d'hygiène militaire comparativement aux autres matières renfermées dans son traité. A part cela, ce qu'on en trouve y est clairement exposé.

Nous ne saurions que nous ranger à l'avis de M. Rossignol, en ce qui concerne les *habitations* militaires ou casernes, bien que nous eussions désiré voir traiter un peu plus longuement la question si grave des fosses d'aisance; quelques statistiques à ce propos, et elles sont nombreuses, sur la fièvre typhoïde, eussent été fort heureusement placées dans le modeste paragraphe qu'il leur consacre. Nous aurions également désiré y voir recommander les divers procédés de tinettes et de fermetures automatiques en usage partout, excepté dans beaucoup de casernes, et dont il n'est même pas dit un mot. Une étude complète sur le régime des eaux d'une caserne eût été également bien accueillie.

En ce qui regarde l'*équipement* et particulièrement le shako, puisque tout le monde trouve cette coiffure mauvaise, pourquoi ne pas demander sans ambages sa suppression, d'autant qu'en cas de guerre, on la laisse au dépôt. C'est aux hygiénistes militaires à éclairer sur ce point le gouvernement. Quant aux chaussettes qui, ainsi que le dit M. Rossignol, sont d'une utilité incontestable, pourquoi ne pas en pourvoir le soldat en supprimant du budget les gants qui sont parfaitement inutiles, puisqu'ils sont par leur texture même, incapables de garantir du froid en hiver?

L'étude du *régime alimentaire* du soldat est des plus importantes : elle n'est pas suffisamment traitée dans le livre de M. Rossignol, ou plutôt elle a été sacrifiée à l'étude générale fort longue, quoique basée sur des documents déjà vieux, de l'aliment en général. M. Rossignol n'ignore pas que dans les régiments où le colonel et le médecin ont voulu s'en occuper, à la nourriture trop uniforme a été substituée, sans augmentation du prix de revient, une nourriture plus saine et plus variée. Les règlements laissent à ce sujet la plus grande latitude, puisque les compagnies elles-mêmes font leurs achats respectifs. Il y avait là tout un chapitre à écrire au lieu de quelques lignes de conseils. N'était-il pas nécessaire de stimuler bien des bonnes volontés? Enfin, comme corollaire aux excellentes paroles qui terminent le paragraphe consacré à l'ivresse, il y avait tout un règlement à tracer sur la vente des spiritueux dans les cantines. Qu'on y prenne garde, l'armée française s'alcoolise de plus en plus, et il serait sage d'imiter l'exemple de certain colonel qui avait interdit avant les marches la vente de l'affreux tord-boyaux dont les soldats font une si grande consommation : il en résulta la suppression d'une grande partie des traînards.

Nous espérons donc qu'une troisième édition viendra bientôt permettre à M. Rossignol de combler les quelques desiderata que nous avons pris la liberté de lui signaler.

VI. Ce rapport dressé par les membres du comité des désinfectants de l'*American public health Asssociation*, contient plusieurs procédés usuels de désinfection avec conseils sur leur mode d'emploi.

VII. Le livre de M. Vallin répondait à un véritable besoin, car un vif courant nous entraîne de plus en plus vers cette idée qu'un grand nombre de nos maladies résultent de la souillure de l'organisme par des principes infectieux figurés ou non, contenus dans l'air que nous respirons, dans le sol, les aliments, les boissons. Si cette conception est juste le triomphe de la désinfection est assuré.

Jusqu'à ces dernières années, la question des désinfectants était complètement négligée, à tel point que, dans les traités classiques d'hygiène publiés avant 1880, on ne trouve point de chapitre spécial consacré à la désinfection. Le *Traité des désinfectants*, publié en 1862 par Chevallier, n'est qu'une édition amplifiée d'un ancien mémoire sur le chlore et les chlorures. Du reste, avant les dernières études sur les virus et leur degré de résistance aux agents désinfectants, nous ne possédions sur l'action de ces derniers, que des notions vagues basées sur leur action présumée dans la prophylaxie de certaines épidémies. Les travaux de Pasteur et de ses élèves nous permettent désormais d'opérer sur des bases solides. Les résultats sont en effet concluants et pour ne prendre exemple que dans les services hospitaliers, on remarque qu'on n'y discute plus aujourd'hui sur la nécessité de la désinfection, mais bien sur le choix du désinfectant, et ce choix est tous les jours de plus en plus éclairé. Ce sont ces considérations qui ont déterminé M. Vallin à faire un tout des renseignements nombreux mais disséminés qui existaient sur cet important sujet : il l'a fait avec un rare bonheur, mettant partout, et toujours à propos, sa note personnelle. Nous ne saurions qu'applaudir au succès qui a déjà accueilli cet ouvrage rendu précieux par tous les documents de haute importance qu'il renferme, exposés de la façon la plus claire et la plus précise.

VIII. Cet opuscule a une importance considérable, car il contient une étude très soignée, faite sur des observations personnelles, de l'anémie dite des mineurs. L'auteur, qui s'est déjà fait un nom dans ce genre d'études, y détruit l'ancienne légende de l'*anémie des mineurs*, maladie spéciale, exclusivement causée suivant les uns par l'ankylostome duodénal, par l'anoxhémie suivant les autres. Etablissant d'abord la rareté de l'anémie, M. Fabre dit avoir trouvé, chez les rares mineurs qu'il eut l'occasion de consulter pour ce fait, des causes banales plus que suffisantes pour empêcher de reporter leur état morbide sur leur profession. Ces conclusions son appuyées dans un appendice, par M. Dransart, directeur de l'Institut ophtalmique des mines d'Anzin.

IX. Cette brochure est la réunion d'articles fort intéressants du D[r] Gordillo Lazano sur la mortalité de Madrid. Il y rectifie le recensement officiel de la population qui amène des erreurs forcées dans la statistique des décès; demande une nouvelle classification des maladies à porter sur le bulletin de mort, à propos particulièrement des maladies infectieuses, et insiste surtout sur la nécessité de réserver une place spéciale au choléra asiatique qui, dans les statistiques, est confondu avec le choléra nostras.

X. Nous ne reproduirons que la phrase suivante, qui marque bien le but qu'a voulu atteindre M. Lœwenthal : « Il est bon de relever ce simple fait qu'aucun élément pathogène, qu'il soit organisé ou qu'il ne le soit pas, ne peut produire son effet, la maladie, dans l'organisme humain, *sans y trouver un sol propice à son développement ou à son action*. Les études hygiéniques resteraient donc forcément bien incomplètes si elles ne tenaient compte que des forces de l'agresseur, en laissant de côté les moyens de défense dont dispose la partie menacée ou attaquée. »

XI. M. Ovllo divise son travail en deux parties : dans la première, l'hygiène de l'édifice, il étudie avec soin les considérations hygiéniques qui doivent présider à la construction d'un théâtre, tant au point de vue de l'air, de la lumière, que des moyens qui doivent être mis en pratique pour parer aux inconvénients ordinaires : incendies. etc.

La seconde partie est consacrée à des considérations médico-psychologiques sur l'influence des spectacles sur la santé et l'esprit des individus aux divers âges de l'existence.

XII. C'est peut-être parce que les quartiers juifs et les Juifs eux-mêmes n'ont pas une réputation immaculée de propreté dans les pays chauds, qu'on nous envoie à analyser la brochure de M. Aumerat. Est-ce donc à cette désinfection qu'avaient voulu procéder les Vandales qui, au mois de juin 1885 se livrèrent à Alger aux plus lâches attentats contre les Juifs? M. Aumerat, rédacteur en chef de la *Solidarité*, proteste contre ces restes de barbarie qui sont entretenus dans notre colonie par la presse d'un parti très avancé. Nous donnons acte à M. Aumerat de cette protestation, il se repent probablement d'avoir soutenu précédemment la thèse contraire : à tout péché, miséricorde. GILLES DE LA TOURETTE.

THÉRAPEUTIQUE

De l'utilité d'un ferrugineux physiologique.

Le fait capital qui doit dominer la thérapeutique des anémies spontanées et des chloro-anémies, c'est la constatation bien évidente, dans ces cas pathologiques, de la diminution d'énergie des grandes fonctions. Avec de la pénurie hématique, il ne saurait y avoir de prospérité nutritive, et qui dit aglobulie dit fatalement amoindrissement des facultés d'assimilation et de réparation.

Dans l'anémie essentielle comme dans la chloro-anémie, l'estomac, dont on a tant besoin pour administrer le fer avec succès, le fer qui seul relèvera l'hématopoïèse, le pouvoir sanguificateur altéré, cet estomac, disons-nous, est le plus souvent dans un état déplorable, ne sachant plus di-

gérer, sollicitant des acides : salades, fruits verts, etc... Et il ne saurait en être autrement, le sang appauvri ne fournissant plus qu'un suc gastrique d'autant moins riche que l'anémie est plus prononcée. Il est tout aussi évident que l'assimilation, c'est-à-dire le stade final qui, de la substance organique ou minérale la fait organisée, vivante, et qui a pour conditions d'exécution les propriétés vitales de la matière organisée, se trouve compromise par l'amoindrissement de vitalité dû à l'état morbide.

Dans d'aussi précaires conditions de réceptivité médicamenteuse une première obligation s'impose au praticien : celle de porter son choix sur un ferrugineux nullement onéreux à l'estomac et presque directement assimilable.

Le meilleur moyen pour être fixé sur la nature de cet agent, c'est de considérer quelles sont les transformations chimiques subies par les ferrugineux dans l'estomac et l'intestin. Soit donc une préparation insoluble, limaille ou fer réduit, et voyons ce qui va se produire. Arrivée dans l'estomac, elle s'y oxyde et se combine aux acides du suc gastrique, puis trouvant des peptones, résultat de la digestion des albuminoïdes, et des alcalis qu'elle rencontrera encore l'un et l'autre dans l'intestin, elle forme aussitôt des peptonates, des albuminoïdates doubles, et c'est sous cette forme stable, inoffensive pour le sang qu'elle est finalement versée dans la circulation et assimilée.

Le fer n'entre dans l'économie comme élément d'organisation que combiné à une substance protéique nutrimentive. Voilà ce que viennent confirmer les travaux scientifiques les plus récents, ceux des Mitscherlich, Buchteim, Dietl, Scherpf, Vial, etc...

Il est assez naturel dès lors de voir dans une combinaison de peptone et de fer un fer physiologique, un *fer aliment.* Cette conception est d'ailleurs pleinement confirmée par l'étude clinique comparée du *peptonate de fer* qui démontre très nettement que, de tous les ferrugineux, c'est le mieux toléré et celui qui donne les résultats les plus prompts et les plus constants.

Sel bien défini, dyalisable, hygrométrique, sans saveur styptique et atramentaire, le *peptonate de fer* est, si nous pouvons dire ainsi, du fer *adouci* qui s'offre à l'estomac avec le *bénéfice du travail d'absorption du médicament par l'aliment,* bénéfice analogue à celui que l'on retire, par exemple, dans le traitement mercuriel, de l'association de la liqueur de Van Swieten au lait.

Quand nous avons dit que le choix judicieux d'un fer constituait pour le praticien une première obligation, nous entendions que là ne doivent pas se borner ses préoccupations et qu'il est non moins indispensable, et d'indication tout aussi rigoureuse, de donner, concurremment au fer, des stimulants locaux et généraux destinés à ramener l'activité nutritive.

C'est certainement, en s'appuyant sur de telles considérations, qu'un pharmacien a eu l'heureuse idée d'associer le *peptonate de fer* aux ferments digestifs, *pepsine* et *diastase* dans une liqueur à base de stimulants diffusibles : *coca, canelle* et *oranges amères* (*Elixir Hampton*).

Nous disons que l'idée est heureuse parce qu'une telle préparation nous paraît constituer en quelque sorte le fer type répondant bien à ces trois *desiderata* de toute médication ferrugineuse, d'offrir à l'économie : un fer nullement onéreux à l'estomac et directement assimilable; de légers stimulants de la muqueuse stomacale qui provoquent l'apport d'aliments; des cordiaux diffusibles qui stimulent les fibres organiques, relèvent le taux de l'economie et favorisent ainsi la combinaison ultime du métal digéré avec le globule sanguin.

Et à propos de l'adjonction des ferments pepsine et diastase, il est tout à fait probable que leur action directe sur la chymification est d'assez minime importance et que leur rôle principal consiste à provoquer l'orgasme digestif. C'est de cette façon que, d'une manière générale, Gubler interprétait leur mode d'action : « Ces ferments naturels, dit-il, agissent surtout par l'activité plus grande qu'ils impriment à la muqueuse stomacale dont ils constituent le *meilleur des stimulants* ». Nous sommes entièrement de l'avis du célèbre maître, et il est constant que, dans la pratique journalière, nous trouvons dans l'*Elixir Hampton*, grâce à cette association, un apéritif et eupeptique extrêmement précieux dans l'état d'anorexie et de dyspepsie de la plupart de nos anémiques, en même temps qu'au point de vue de la reconstitution hématique, nous en retirons des avantages trop remarquables pour hésiter à signaler cette préparation aux médecins qui n'y auraient pas encore eu recours. Et nous savons, du reste, combien la thérapeutique martiale est encombrée de produits auxquels la pharmacologie fait revêtir les formes les plus diverses et les plus variées, mais dans cet excès même de productions, nous voyons, pour notre part, avec l'affirmation qui n'est plus à faire de la valenr thérapeutique d'un agent aussi précieux que le fer, nous y voyons surtout le témoignage de tâtonnements et de mécomptes nombreux dus à une médication toujours héroïque lorsqu'elle est bien conduite.

BIBLIOGRAPHIE

Un caso di tetania; del dott. Arrigo Maroni ; Milan, 1885.

C'est l'observation d'un jeune homme atteint d'accès de tétanie et chez lequel, outre les symptômes ordinaires et caractéristiques de cette maladie, M. Arrigo Maroni a noté avec un soin particulier certains troubles survenus du côté des pupilles et qui lui servent à édifier une théorie sur la pathogénie de cette névrose. En résumé : 1° il existe, chez le malade en question, des modifications dans l'apparence et le fonctionnement des pupilles, coïncidant avec les accès de tétanie ; 2° ces modifications consistent dans la mydriase et l'inertie des pupilles, phénomènes coïncidant avec le début et proportionnels à l'intensité de développement des spasmes musculaires ; 3° ces anomalies ne trouvent aucune raison d'être dans des altérations anatomiques ou fonctionnelles, antérieures ou concomitantes, des tissus oculaires.

En vertu de ces symptômes cliniques et pour des raisons physiologiques exposées d'une façon très complète et très intéressante, l'auteur en arrive aux conclusions suivantes :

1° Le siège et l'organe central de la névrose en question se trouve dans la substance grise de la moelle spinale et plus particulièrement de la zone cilio-spinale, sans exclure cependant la moelle allongée ; 2° un stimulus morbide périodique, se développant dans cette substance, exaltant les propriétés physiologiques des divers groupes de cellules qu'elle renferme, provoquerait par l'excitation prédominante des groupes moteurs les contractures musculaires paroxystiques ; par l'excitation des centres du sympathique la mydriase spasmodique ; et intéressant jusqu'à un certain point la substance œsthésodique, elle provoquerait divers troubles de sensibilité locaux ou généraux précédant ou accompagnant l'accès ; 3° la cause de ce stimulus morbide réside probablement dans la variation de la tension sanguine intramédullaire due à une action réflexe sur les nerfs vaso-moteurs, conséquence des excitations intéressant les rameaux périphériques du sympathique ou des nerfs sensitifs. J. Séglas.

VARIA

Autopsie proprement dite (1).

Parmi les procédés divers utilisés pour l'examen du cerveau, nous signalerons rapidement les suivants : Disons d'abord qu'en cas d'hémorrhagie cérébrale récente, après l'ouverture du foyer, l'on se trouvera bien de ne terminer l'examen qu'après durcissement dans l'alcool, seulement alors il sera possible de bien délimiter les régions occupées par le foyer. —

(1) Extrait d'un *Manuel de technique d'autopsie*, par Bourneville et Bricon. Voir *Progrès médical*, nos 41, 44, 46, 47, 48, 50 et 52 (Année 1884), et nos 3, 4, 5, 7, 11, 12, 13, 25, 26, 27, 28 et 29 (Année 1885).

La recherche des *anévrysmes miliaires* doit cependant être faite de suite, comme nous l'avons signalé plus haut.

Le *procédé de Griesinger*, qui consiste à scier la calotte crânienne et l'encéphale en même temps, est absolument à rejeter.—Certains auteurs, pour faire l'examen de la substance médullaire du cerveau, se bornent à pratiquer de haut en bas des coupes horizontales successives jusqu'au niveau des ventricules latéraux (centres ovales de Vicq d'Azyr et centre ovale

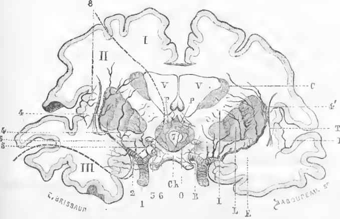


Fig. 21.—Empruntée aux *Leçons sur les localisations* de M. Charcot. — *Coupe transversale des hémisphères cérébraux faite à un centimètre en arrière du chiasma des nerfs optiques.* — *Artères du corps strié.* — Ch, chiasma des nerfs optiques ; — B, section de la bandelette optique : — L, noyau lenticulaire du corps strié ; — I, capsule interne ou pied de la couronne rayonnante de Reil ; — C, noyau caudé ou intra-ventriculaire du corps strié ; — E, capsule externe ; — T, noyau tæniforme, avant-mur ; — R, circonvolution de l'insula ; — V, V, coupe des ventricules latéraux ; — P, P, piliers du trigone ; — O, substance grise du troisième ventricule qui se continue en arrière avec la couche optique. — *Territoires vasculaires.*— I, artère cérébrale antérieure, — II, artère sylvienne ; — III, artère cérébrale postérieure. — 1, artère carotide interne ; — 2, artère sylvienne ;— 3, artère cérébrale antérieure ; — 4, 4, artères externes du corps strié (lenticulo-striées) ; — 5, 5, artères internes du corps strié (artères lenticulaires). Les artères lenticulo-striées ne sont pas représentées ici. (Cette figure est faite d'après une planche de M. Duret.)

de Vieussens), sectionnent d'avant en arrière le corps calleux, puis le trigone, enlèvent les plexus choroïdes et la toile cho-

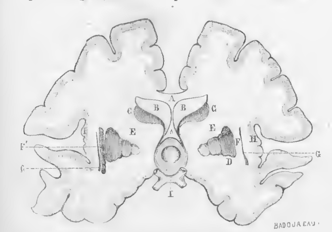


Fig. 22.—Empruntée aux *Leçons sur les localisations* de M. Charcot.— *Foyer hemorrhagique extra-lenticulaire.* (Coupe pratiquée en arrière du chiasma ; pas d'hémianesthésie. — A, corps calleux ; — B, B, ventricule latéral, — C, C, noyau caudé ; — D, D, noyau lenticulaire ; — E, E, *région antérieure ou lenticulo-striée de la capsule interne* ; — F, capsule externe ; — F', foyer hémorrhagique ayant détruit la capsule externe ; — G, G, avant-mur ; — H, H, insula ; — I, chiasma des nerfs optiques.

roïdienne, ouvrent la cavité sphénoïdale et pratiquent un certain nombre de coupes sur le corps strié et la couche optique.

Tous les procédés que nous venons de décrire s'appliquent surtout à l'examen de l'encéphale dans les cas ordinaires, mais on doit leur préférer des coupes transversales faites dans des points nettement déterminés quand il s'agit de délimiter avec précision le siège exact des altérations intéressant soit les noyaux, soit les capsules externe et interne.

Sous ce rapport les coupes recommandées par M. Pitres pour l'examen des centres nerveux, nous semblent les meilleures. Nous en empruntons la description à l'auteur lui-même (1).

« Les hémisphères cérébraux ayant été séparés l'un de l'autre et dépouillés de la pie-mère, on pratiquera une première coupe verticale, parallèle au sillon de Rolando, et passant à 5 centimètres en avant de ce sillon. Une deuxième coupe, parallèle à la première, sera pratiquée à un centimètre en

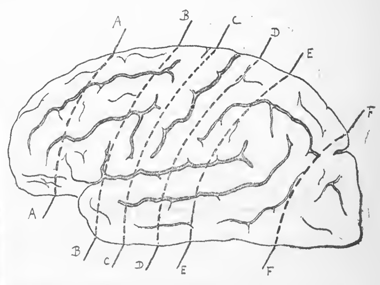


Fig. 23 (1).—Les hémisphères cérébraux ayant été séparés l'un de l'autre et dépouillés de la pie-mère, on pratiquera les coupes verticales suivantes, parallèlement au sillon de Rolando : AA, *Coupe préfrontale*, à cinq centimètres en avant du sillon de Rolando. — BB, *Coupe pediculo-frontale*, au niveau des pieds des circonvolutions frontales. — CC, *Coupe frontale*, sur la circonvolution frontale ascendante — DD, *Coupe pariétale*, sur la circonvolution pariétale ascendante. — EE, *Coupe pédiculo-pariétale*, sur le pied des lobules pariétaux. — FF, *Coupe occipitale*, a un centimètre en avant de la scissure perpendiculaire interne.

avant de la scissure perpendiculaire interne. Ces deux coupes diviseront par conséquent l'hémisphère en trois régions, l'une

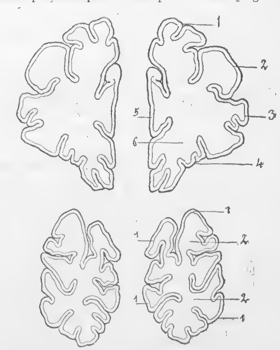


Fig. 24. *Coupe préfrontale.* — 1, 2, 3, première, deuxième et troisième circonvolutions frontales ; 4, circonvolutions orbitaires ; 5, circonvolutions de la face interne du lobe frontal ; 6 faisceaux préfrontaux du centre ovale.

Fig. 25 *Coupe occipitale.*— 1, circonvolutions occipitales ; 2, faisceaux occipitaux du centre ovale. — Ces schémas reproduisent les dessins du travail de M. Pitres.

(1) Pitres (A.) — *Recherches sur les lésions du centre ovale des hémisphères cérébraux, étudiées au point de vue des localisations cérébrales*, — Paris, 1877, p. 33-36.

antérieure ou préfrontale, l'autre moyenne ou fronto-pariétale et la troisième postérieure ou occipitale.

« La région préfrontale correspond à la portion inexcitable antérieure du cerveau et les lésions du centre ovale limitées à cette région ne doivent donner lieu à aucun phénomène moteur.

« La région fronto-pariétale, au contraire, comprend toute la zone motrice corticale, le corps opto-strié, toute la partie motrice de la capsule interne et le carrefour des fibres sensitives dont la lésion détermine l'hémianesthésie.

« C'est dans son intérieur ou à sa surface que doivent siéger toutes les altérations qui se traduisent pendant la vie par des phénomènes paralytiques ou convulsifs. Aussi cette région mérite-t-elle une description détaillée.

« Pour mettre à découvert les différents faisceaux du centre ovale qui entrent dans sa composition, je propose de lui faire subir quatre coupes successives parallèles au sillon de Rolando et passant : la première au niveau des pieds des circonvolutions frontales (coupe pédiculo-frontale), la deuxième sur la circonvolution frontale ascendante (coupe frontale), la troisième sur la circonvolution pariétale ascendante (coupe pariétale) et la quatrième sur le pied es dlobules pariétaux (coupe pédiculo-pariétale).

« Les *figures* 24 et 25 représentent les surfaces de section des coupes préfrontale et occipitale. Le centre ovale y est entouré de tous côtés par le liseré continu que forme à sa périphérie la substance grise des circonvolutions et comme il n'y a, pour le moment du moins, aucune raison de supposer que les différents faisceaux blancs qui entrent dans la composition de ces régions jouissent de fonctions différentes, on peut les appeler en masse : faisceaux préfrontaux et faisceaux occipitaux.

La *figure* 26 représente la surface de la coupe passant à 2 centimètres en avant du sillon de Rolando et divisant les pieds des circonvolutions frontales antéro-postérieures au voisinage de leur insertion sur la circonvolution frontale ascendante. Elle doit intéresser en particulier la troisième circonvolution frontale au niveau du sommet de la première courbe à convexité supérieure que forme cette circonvolution en se séparant de la frontale ascendante. Au point de vue anatomo-pathologique, on peut dire que c'est dans son aire que doivent siéger les lésions qui donnent lieu à l'aphasie.

Sur cette coupe on aperçoit le plan de section des trois circonvolutions frontales (1, 2 et 3) de l'extrémité antérieure du lobule de l'insula (4) et de l'extrémité postérieure des circonvolutions orbitaires (5).

Le corps strié est divisé à son extrémité antérieure, et ses deux noyaux 11 et 13, ayant à ce niveau à peu près le même volume sont séparés par la capsule interne (12).

Le centre blanc de cette région doit être divisé en trois triangles, par deux lignes fictives représentées sur la figure, partant du fond des scissures frontales supérieure et inférieure et se dirigeant vers la capsule interne.

Ces triangles, adossés l'un à l'autre, ont leur base en rapport avec les circonvolutions et leur sommet avec la capsule interne dont ils prolongent les irradiations. Chacun d'eux renferme le faisceau de fibres rayonnantes qui unit le pied de la circonvolution frontale correspondante aux régions centrales du cerveau et à la moelle.

Et comme il est utile pour la commodité des descriptions de donner un nom spécial à chaque partie anatomiquement distincte, il convient de nommer faisceau pédiculo-frontal supérieur (6), le faisceau de fibres qui, de la capsule interne, se porte vers le pied de la première circonvolution frontale, faisceau pédiculo-frontal moyen, (7) celui qui se rend au pied de la deuxième circonvolution frontale, et faisceau pédiculo-frontal inférieur celui qui se met en rapport avec le pied de la troisième circonvolution frontale.

La *figure* 27 représente l'image que donne la coupe frontale, c'est-à-dire la coupe verticale et parallèle au sillon de Rolando qui passe au niveau de la circonvolution frontale ascendante. Sur cette figure on voit le plan de section de la circonvolution frontale ascendante dans toute son étendue (1) du lobule de l'insula (2) et plus bas celui des circonvolutions du lobe sphénoïdal (3). Le noyau caudé est beaucoup moins volumineux que dans la coupe précédente ; le noyau lenticulaire a atteint, au contraire, son plus grand développement et montre distinctement ses trois noyaux superposés (12), enfin la couche optique (10) et l'avant-mur (14) apparaissent.

La portion blanche sous-jacente à la circonvolution frontale ascendante, doit être divisée en trois segments correspondants aux tiers supérieur moyen et inférieur de cette circonvolution, et on peut donner aux trois faisceaux ainsi limités les noms de faisceau frontal supérieur, frontal moyen et frontal inférieur. Au-dessous du corps opto-strié se trouve le faisceau sphénoïdal qui occupe le centre du lobe du même nom.

La coupe pariétale, c'est-à-dire la coupe verticale et parallèle au sillon de Rolando, coupant selon son grand axe la circonvolution pariétale ascendante, est représentée dans la figure 28.

Par son aspect général, elle ressemble beaucoup à la coupe frontale, mais le noyau lenticulaire et l'avant-mur y sont moins développés. Le centre ovale y sera divisé d'après les mêmes principes que sur le plan de section formé par la coupe frontale, en faisceau pariétal supérieur (4), faisceau pariétal moyen (5) faisceau pariétal inférieur (6) et faisceau sphénoïdal (7).

La coupe pédiculo-pariétale, pratiquée à trois centimètres en arrière du sillon de Rolando, au niveau du pied des lobules pariétaux, atteint la couche optique à son extrémité postérieure. Le noyau lenticulaire et l'avant-mur n'y sont plus représentés. Elle divise la couronne rayonnante dans la région dont les lésions destructives déterminent l'hémianesthésie. A la périphérie de cette coupe (figure 29), on voit le plan de section des pieds des lobules pariétaux séparés par la scissure interpariétale.

En prolongeant la direction de cette scissure, on divise le centre ovale au-dessus des noyaux centraux en deux faisceaux que l'on peut, d'après leurs connexions avec les lobules pariétaux, appeler faisceaux pédiculo-pariétal supérieur (4) et pédiculo-pariétal inférieur (5). Dans la région inférieure on aperçoit toujours les circonvolutions du lobe sphénoïdal et le faisceau sphénoïdal. »

Bien que cette nomenclature paraisse au premier abord assez compliquée, nous ne doutons pas, avec notre ami le Dr Pitres, qu'elle ne rende de réels services, en facilitant la description exacte de la topographie, des altérations du centre ovale « Du reste, les difficultés que présente son étude ne sont qu'apparentes, ajoute l'auteur ; les dénominations qu'elle consacre sont tirées des rapports anatomiques des segments médullaires avec les parties correspondantes de l'écorce et sont très faciles à retenir, et il n'est pas plus difficile de pratiquer méthodiquement des coupes parallèles au sillon de Rolando, que de faire au hasard des sections horizontales ou transversales des hémisphères cérébraux. »

On peut reprocher à ces coupes de laisser passer inaperçues certaines lésions que des coupes plus rapprochées pourraient déceler, mais il est facile d'obvier à cet inconvénient en pratiquant entre les points fixes des coupes secondaires plus ou moins rapprochées. C'est surtout dans ce but que M. Bitot (1) semble avoir préconisé son procédé de *cérébrotomie* méthodique. Il se sert de trois calottes métalliques de forme crânienne, fendues : la première transversalement, la seconde, horizontalement ; la troisième, antéro-postérieurement. Entre chaque rainure se trouve une distance de 5 millimètres. L'instrument de section est un couteau long de 30 centimètres, de 12 à 15 millimètres de largeur, d'une épaisseur de un millimètre et passant à frottement doux dans les fenêtres de la calotte. Le principal avantage de cette méthode est de pouvoir examiner sur les coupes de chaque hémisphère des points symétriques et de pouvoir multiplier les coupes.

Il n'est pas toujours nécessaire de pratiquer de suite un nombre considérable de coupes sur les diverses parties de l'encéphale, et souvent devant une lésion grossière et étendue d'une des régions de l'encéphale (tumeurs, hémorrhagies ou

(1) Les figures 24, 25, 26, 27, 28, 29, ont été empruntées aux *Feuilles d'autopsie* de M. Paul Richer.

(1) Bitot. *Essai de topographie cérébrale par la cérébrotomie méthodique*, 1878.

utres), il peut suffire provisoirement de faire une incision pr o-fonde à son niveau, puis de réserver l'examen plus approfondi à une époque ultérieure après durcissement dans l'alcool.

En médecine mentale, la nécessité de peser séparément les différentes parties de l'encéphale, d'étudier spécialement les circonvolutions, conduit à procéder aussi d'une façon différente; c'est ainsi qu'après l'examen de la base l'on détache le cervelet et la moelle allongée du reste de l'encéphale on pratiquant de chaque côté la section du pédoncule cérébral près de la protubérance. On fait ensuite une incision longitudinale sur le corps calleux jusqu'à la base pour séparer les deux hémisphères cérébraux. On pèse ensuite chaque partie isolée de l'encéphale, on procède à l'enlèvement de la pie-mère, on décrit les circonvolutions et enfin on fait un nombre plus ou moins considérable de coupes. (Méthode de Pitres, etc.).

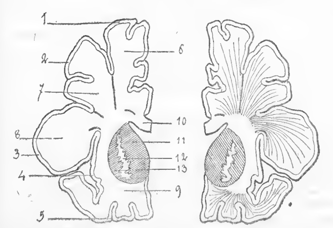


Fig. 26. *Coupe pédiculo-frontale.* — 1, 2, 3, première, deuxième et troisième circonvolutions frontales; 4, extrémité antérieure du lobule de l'insula; 5, extrémité postérieure des circonvolutions orbitaires; 6, faisceau pédiculo-frontal supérieur; 7, faisceau pédiculo-frontal moyen; 8, faisceau pédiculo-frontal inférieur; 9, faisceau orbitaire; 10, corps calleux; 11, noyau caudé; 12, capsule interne; 13, noyau lenticulaire.

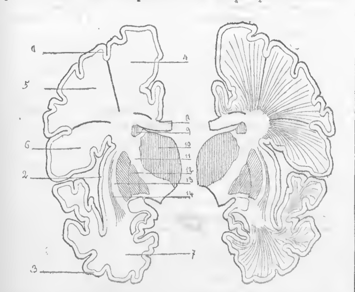


Fig. 27. *Coupe frontale.* — 1, circonvolution frontale ascendante; 2, lobule de l'insula; 3, circonvolution sphénoïdale; 4, faisceau frontal supérieur; 5, faisceau frontal moyen; 6, faisceau frontal inférieur; 7, faisceau sphénoïdal; 8, corps calleux; 9, noyau caudé; 10, couche optique; 11, capsule interne; 12, noyau lenticulaire; 13, capsule externe; 14, avant-mur.

La *coupe dite de Flechsig* (1) trouve son indication principalement dans les autopsies du cerveau de fœtus et de nouveau-nés; leur mollesse ne permet guère, en effet, leur extraction, sans risques de détérioration. Les os du crâne sont coupés ou sciés horizontalement et circulairement au niveau des bases frontales en avant et de la peau qui sépare la protubérance occipitale et la petite fontanelle en arrière. La coupe du cerveau est pratiquée au moyen d'un grand couteau plat au niveau du trait de scie. Cette coupe permet de voir les différents noyaux qui composent les masses centrales, le centre ovale, etc.

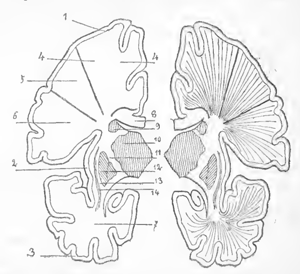


Fig. 28. *Coupe pariétale.* — 1, circonvolution pariétale ascendante; 2, lobule de l'insula; 3, lobe sphénoïdal; 4, faisceau pariétal supérieur; 5, faisceau pariétal moyen; 6, faisceau pariétal inférieur; 7, faisceau sphénoïdal; 8 corps calleux; 9, noyau caudé; 10, couche optique; 11, capsule interne; 12, noyau lenticulaire; 13, capsule externe; 14, avant-mur.

On doit dire, toutefois, que si par cette section bien faite on peut examiner les surfaces symétriques des lobes cérébraux, il arrive cependant que le niveau de la coupe est plus élevé d'un côté ou de l'autre, ou encore que la coupe ne tombe pas toujours exactement dans le même plan. (*A suivre*).

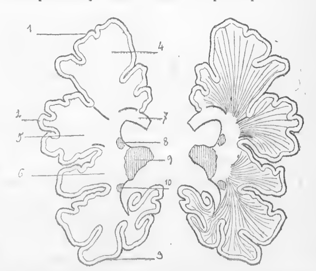


Fig. 29. *Coupe pédiculo-pariétale.* — 1, lobule pariétal supérieur; 2, lobule pariétal inférieur; 3, lobule sphénoïdal; 4, faisceau pariétal supérieur; 5, faisceau pariétal inférieur; 6, faisceau sphénoïdal; 7, corps calleux; 8 et 10, noyau caudé; 9, couche optique.

Choléra : Postes sanitaires.

Des postes sanitaires ont été établis sur la frontière des Pyrénées dans le but de soumettre à une inspection médicale rigoureuse tout individu venant d'Espagne. Ces postes au nombre de 16 sont répartis dans les départements des Pyrénées-Orientales, de l'Ariège, de la Haute-Garonne, des Basses-Pyrénées. Ils sont installés sur les voies de fer et sur les routes carrossables qui toutes sont gardées. Les deux plus importants sont l'un à la gare de Cerbère, l'autre à la gare d'Hendaye.

Chaque poste est pourvu de lits, de linge, de vaisselle, de médicaments, de solutions antiseptiques, de chlorure de chaux, de sulfate de cuivre. Chaque poste est dirigé et constamment surveillé par deux médecins. Là où les docteurs étaient en nombre insuffi-

(1) P. Flechsig — *Die Leitrungsbahnen für Geheim und Rückenmark des Menschen.* Leipzig, 1879, p. 13.

sant, on a fait appel aux étudiants de Bordeaux, Toulouse et Montpellier.

Tout voyageur passant d'Espagne en France est contraint par les autorités (douane, gendarmerie, commissaires spéciaux, gardes forestiers, gardes champêtres, etc.) à subir la visite du poste. Dans le cas de maladie il est retenu, isolé et soigné.

Le linge sale est également désinfecté avec soin (chaleur, vapeurs de soufre, antiseptiques).

Les personnes bien portantes continuent leur route au delà du poste. On sait que dans les villes où elles arrivent les ordres ministériels les obligent à se soumettre à un nouvel examen médical.

Les prix de l'internat à Lyon.

La *Société médico-chirurgicale*, dit le *Lyon médical* (n° du 3 août) avait demandé à l'Aministration d'instituer un concours auquel prendraient seuls part les internes terminant leur 3e année. Le concurrent classé le premier recevrait une médaille d'or et 300 fr.; le second une médaille d'argent et 300 fr. Le *choix des services* pour la 4e année serait fait d'après le classement de ce concours, ceux des internes qui n'y auraient pas pris part seraient mis à la suite dans l'ordre du concours d'entrée.

La *Société médico-chirurgicale* a examiné l'organisation du concours de la médaille d'or des hôpitaux de Paris et a jugé, avec raison utile de ne pas l'imiter, en se fondant sur les raisons ci-après : L'obligation inscrite dans le règlement est de nul effet ; le nombre des compétiteurs est très limité ; les inconvénients de la présence simultanée dans le même service d'un interne, médaille d'or, et d'un chef de clinique ; enfin parce que l'interne lauréat, absorbé tantôt par la préparation des concours, tantôt par une clientèle commençante, néglige considérablement son service. » Le concours de classement à la fin de la 3e année a paru offrir de sérieux avantages : 1° en obligeant les internes nommés dans les premiers rangs à travailler pour conserver leur rang ; 2° excitant les moins favorisés à concourir dans l'espoir d'un meilleur classement.

Il serait peut-être difficile d'établir ce concours de classement à Paris ; mais ce qui est très facile, c'est de modifier les avantages donnés au lauréat qui, outre la médaille d'or a le droit de faire non pas un an, comme l'écrit le *Lyon médical*, mais bien *deux* années, avec le droit de déplacer chaque année un interne de 4e année, ce qui est souverainement injuste Il y aurait un sérieux avantage à remplacer ces deux années durant lesquelles, très souvent, le lauréat absorbé par d'autres préoccupations, d'ailleurs légitimes, fait, suivant la remarque du *Lyon médical*, assez mal son service, par une *bourse de voyage*, qui lui permettrait d'aller visiter les Universités étrangères et de travailler dans des laboratoires de l'étranger.

Les squares et l'enseignement populaire.

Il y a plusieurs années, nous avons émis le vœu, au Conseil municipal, que l'Administration plaçât sur 2 ou 3 des arbres ou des arbustes de chaque espèce, qui ornent les squares de Paris, les étiquettes portant les noms scientifiques et vulgaires des arbres, des arbustes, et jusqu'à ce jour, ce vœu n'a pas reçu d'exécution à Paris. Rien n'est plus facile cependant et cela existe dans quelques villes de province, par exemple, si nos souvenirs sont exacts, à Amiens. C'est aussi ce que nous avons réalisé dans les jardins de notre service à Bicêtre. Nous signalons ce mode d'enseignement à tous nos lecteurs et surtout à ceux qui font partie du conseil municipal de leur ville.

FORMULES

4. Pommade mercurielle nouvelle.

M. Yvon propose de remplacer l'axonge par le *savon noir*. Celui-ci éteint le mercure tout aussi facilement que l'axonge et il présente l'avantage d'être soluble dans l'eau :

Quand on prend 1000 grammes de savon noir (aussi neutre que possible) et 3000 gr. de mercure, sur lesquels on opère comme avec l'axonge, on remarque que l'extinction du mercure se fait d'une manière aussi parfaite qu'avec ce dernier excipient et beaucoup plus rapidement. La pommade mercurielle au savon est susceptible de *conservation indéfinie*. Elle a encore la précieuse propriété de ne pas se ramollir par la chaleur ; elle reste aussi ferme qu'à la température ordinaire. Elle n'a pas d'action irritante ; elle se laisse facilement enlever par un simple lavage à l'eau froide.

Aujourd'hui que les frictions mercurielles sont très en vogue pour combattre la syphilis, la syphilis infantile notamment, les praticiens feront sans doute bon accueil à la nouvelle pommade préconisée par M. Yvon (*Le Scalpel*, p. 34, n° 5, 1885).

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 26 juillet au samedi 1er août 1885, les naissances ont été au nombre de 997, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 379, illégitimes, 124. Total, 503. — *Sexe féminin* : légitimes, 368 ; illégitimes, 126. Total, 494.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1881 ; 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 26 juillet au samedi 1er août 1885, les décès ont été au nombre de 952, savoir : 506 hommes et 446 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 21, F. 21. T. 42. Variole : M. 2 F. 0, T. 2. — Rougeole : M. 11, F. 12, T. 23. — Scarlatine : M. 1 F. 1 T. 2. — Coqueluche : M. 2. F. 5. T. 7. — Diphthérie, Croup. M. 10 F. 8, T. 18. — Dyssenterie : M. 0. F. 0, T. 0. — Erysipèle : M. 3, F. 3, T. 6. — Infections puerpérales : 4 — Autres affections épidémiques : M. .. F. .., T. .. — Méningite tuberculeuse et aiguë : M. 17 F. 20, T. 37. — Phthisie pulmonaire : M. 106, F. 66. T. 172. — Autres tuberculoses : M. 13, F. 4. T. 17. — Autres affections générales : M. 27, F. 35. T. 62. — Malformations et débilité des âges extrêmes : M. 26, F. 18, T. 44. — Bronchite aiguë : M. 3, F. 5. T. 8. — Pneumonie : M. 29, F. 30, T. 59. — Athrepsie : M. 64, F. 73. T. 137. — Autres maladies des divers appareils : M. 128, F. 127, T. 255. — Après traumatisme : M. ., F. ., T. .. — Morts violentes : M. 22, F. 7. T. 29. — Causes non classées M. 13, F. 7, T. 20.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 83 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 30 ; illégitimes, 11. Total : 41. — *Sexe féminin* : légitimes, 30 ; illégitimes, 12. Total : 42.

Le choléra a Marseille. — M. Pierre Legrand, ministre du commerce, et M. le professeur Brouardel sont revenus de Marseille mardi dernier, 4 août. L'existence du choléra a été constatée officiellement. Son apparition remonterait à une douzaine de jours.

Il y avait eu le 4 août, 26 décès ; le 5, le premier bulletin en a enregistré 14. Actuellement, il y en a de 20 à 30 par jour. — Le gouvernement espagnol a frappé d'une quarantaine de trois jours les provenances de Marseille. Le gouvernement autrichien a étendu à dix jours la quarantaine imposée aux provenances de France et d'Algérie.

Le choléra en Chine. — Le choléra sévit en Chine et dans les îles Pescadores. Il règne également depuis une huitaine de jours dans le Bélouchistan (campements du Kan-de-Khelet).

Le choléra en Espagne. — Le choléra continue à s'étendre en Espagne. La grande majorité des provinces est envahie, et la moyenne des cas et des décès par jour est en progression. Plusieurs cas ont été constatés dans les provinces limitrophes de la France. Quant à des renseignements détaillés, pouvant servir de base à une statistique précise, il est impossible d'en avoir.

Concours d'agrégation. — Le nombre des places d'agrégés près les Facultés de médecine, mises au concours par un arrêté du 29 mai dernier, est porté de 48 à 49. Cette 49e place sera comprise dans la section d'anatomie et de physiologie, et réservée à la Faculté de Paris.

Décret *concernant les inscriptions*. — Par décret en date du 28 juillet 1885, l'article 4 du décret du 30 juillet 1883 est modifié ainsi qu'il suit : l'étudiant sera tenu de déclarer, en s'inscrivant, sa résidence réelle, et s'il vient à en changer, de faire une nouvelle déclaration. Toute fausse déclaration de résidence peut être punie de la perte d'une ou deux inscriptions. Il est interdit, sous la même peine, de prendre simultanément des inscriptions dans des établissements différents, publics ou libres, en vue du même examen. Cette peine est prononcée sans recours par la Faculté ou l'Ecole.

Dr Goldschmidt. — Madère, station d'hiver ; 1 volume in-8, prix : 2 francs, en vente chez A. Delahaye et Emile Lecrosnier, place de l'Ecole-de-Médecine, à Paris.

Place de médecin vacante par suite de décès à Arrou (Eure-et-Loir), à quatre heures de Paris. Population 2,800 habitants. Traitement fixe : 1,350 fr. Deux chemins de fer. S'adresser à M. de Baulny, maire d'Arrou.

Poste médical à Sainte-Maure-de-Touraine, population : 3000 habitants (arrondissement de Chinon), à 1 heure de Tours, deux mille francs d'abonnements assurés, 6 mille francs environ de clientèle, soit 8000 francs Le médecin décédé a laissé 150,000 fr. gagnés en 18 ans Pour renseignements détaillés, s'adresser à M. Amouroux, pharmacien à Sainte-Maure de-Touraine (Indre-et-Loire) et à M. Venault, avenue du Maine, 32, à Paris, le matin de 9 heures à 10 heures, le soir de 5 heures à 6 heures.

Un docteur de Paris désire s'adjoindre à un confrère de Paris pour reprendre ensuite sa clientèle, surtout s'il traite des affections nerveuses.

13e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. II. N° 33 BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 15 AOUT 1885.

Le Progrès Médical

CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIQUES

Faculté de médecine de Lille. — **M. H. LELOIR.**

Leçons sur la Syphilis (1);

Professées à l'hôpital Saint-Sauveur.

SIXIÈME LEÇON.

Sommaire. *Chapitre III. — Du syphilôme primaire. — (Chancre syphilitique). Suite.* (Leçon faite le 20 février 1885). *Description clinique du chancre. — A.* Chancre au début. On le voit très rarement à cette période. Pourquoi ? C'est une lésion insignifiante. — Observation d'un chancre syphilitique étudié 12 heures après son apparition; excision du chancre. *B.* Chancre à sa période d'état. 1° Etude de l'érosion chancreuse. *a.* Etendue. — Etendue ordinaire. — Etendue anormale en grand (chancres géants); en petit (chancres nains). — Chancre herpétiforme de Dubuc. *b.* Forme. — Contours. — Le Chancre syphilitique n'a pas de bords. *c.* Fond. — Plat. — Creux. — Bombé. — Exceptionnellement ulcération. *d.* Couleur. — Chancre gris ou diphthéroïde; son anatomie, son aspect. — Parfois piqueté hémorrhagique du fond du chancre. — Raison anatomique du fait *e.* Sécrétion du chancre. — Très peu abondante, claire, transparente. — Distinction pratique entre la sécrétion du chancre et celle de l'herpès érodé chancriforme ou non. Examen histologique de la sérosité du chancre. 2° Etude du syphilôme, du néoplasme chancreux (Induration). *a.* Sa fréquence. — Elle peut échapper. — On retrouve le syphilôme quand on pratique l'examen histologique, dans les cas où l'induration fait cliniquement défaut; exemple. — *b.* Siège de l'induration. Moyen de la percevoir. c, Variétés de l'induration: lamelleuse (foliacée, papyracée, parcheminée); noueuse; annulaire. Raisons anatomiques de ces variétés. *d.* On ne peut déterminer d'une façon précise les conditions qui font varier l'intensité de l'induration. Opinions diverses émises à cet égard (siège anatomique, nature du virus, etc.) 3° Troubles fonctionnels. Presque nuls. — Le chancre est indolent; il est aphlegmasique. Le chancre ne devient douloureux et enflammé que par une cause surajoutée (irritation, etc.) — Troubles fonctionnels dépendant du siège spécial du chancre.

DESCRIPTION CLINIQUE DU CHANCRE.

A. *Chancre au début.*

Messieurs,

Au début, qu'est-ce que le chancre? il est très rare, pour ne pas dire exceptionnel, de voir le chancre au début. Et cela se conçoit, car au début, dans les premiers jours, le chancre constitue une lésion tellement minime, tellement insignifiante, qu'elle passe inaperçue. Dans les descriptions de chancres consécutifs à l'inoculation expérimentale, nous voyons qu'au début, dans les premiers jours, le chancre est une petite saillie tégumentaire légèrement érodée à sa surface, ou une papule minuscule. — Au point de vue clinique le chancre a été rarement vu à son début, mais enfin il l'a été. Or qu'était-il dans les 4 ou 5 premiers jours de son apparition ? C'était, dit Fournier, dans les quelques observations qu'il nous en rapporte, une légère rougeur, une érosion insignifiante. C'était, comme le disent les malades, un bobo minuscule, moins que rien. J'ai vu un chancre syphilitique 12 heures après son apparition. J'ai communiqué cette observation au Congrès international des Sciences médicales de Copenhague en 1884. La voici brièvement résumée, car elle est très instructive et presque unique dans son genre. (Voir Leloir *Vierteljahreschrift für Dermatologie und Syphiligraphie* 1884, p. 451.)

Un étudiant vient, en 1882, me consulter épouvanté dans mon cabinet alors que je pratiquais à Paris. Ce jeune homme me raconte qu'il a eu des rapports, un jour auparavant, avec une femme, laquelle, d'après le dire de ses amis (le malheureux ne l'a appris que trop tard) était syphilitique. Je vis la femme et elle portait en effet des papules érosives de la vulve. Malgré les instances de l'étudiant qui voulait absolument savoir si oui ou non il avait la vérole, je ne pouvais répondre qu'une seule chose à ce pauvre garçon : Laissez passer la période d'incubation; sachez attendre, car actuellement je ne puis rien vous dire ; mais tout en attendant, observez-vous minutieusement et au moindre bobo suspect venez me trouver. La recommandation fut exécutée d'une façon scrupuleuse, plus que scrupuleuse même. L'étudiant armé d'une énorme loupe achetée pour la circonstance, passait son temps à examiner ses organes génitaux. Il les examinait avant de se coucher, la première chose qu'il faisait le matin en se levant était de prendre sa loupe et de passer une inspection minutieuse des régions suspectes. A chaque instant dans la journée nouvelle inspection pour voir si le fameux bobo n'était pas apparu. L'étudiant était devenu un véritable fakir dont le regard renforcé par un instrument grossissant était constamment dirigé vers les organes génitaux. Cet état de monomanie dura 20 jours. Le 22e jour vers 2 heures de l'après-midi, il entre effaré dans mon cabinet, il était déjà venu deux fois le matin pour me voir, et la première chose qu'il fit en m'abordant fut..... de me montrer sa verge. Sur le bord libre du prépuce se trouvait une érosion saillante, grande comme une petite tête d'épingle, je dis érosion, c'était plutôt une simple petite tache rouge. D'induration, nulle trace. Pas d'adénopathie inguinale. Or ce bobo, Messieurs, s'était montré dans la nuit qui avait précédé la visite de l'étudiant, et cela après minuit, car ce jeune homme rentré chez lui la veille plus tard que de coutume, avait inspecté minutieusement ses organes génitaux et n'avait rien trouvé Ce n'est que le matin à son réveil qu'il avait vu cette érosion minuscule. J'examinai avec soin tout le restant de la surface tégumentaire du sujet et je ne trouvai rien, absolument rien, ni ce jour-là, ni dans les semaines qui suivirent. Supposant que cette érosion insignifiante pouvait être le chancre au début, en train d'éclore, j'excisai largement un morceau grand comme une pièce de 0,50 du prépuce sur lequel reposait cette petite érosion. La plaie se cicatrisa rapidement sans qu'il se produisit d'induration à son niveau. Mais quelques jours après les ganglions inguinaux commencèrent à s'engorger et environ 6 semaines après l'étudiant était en pleine syphilis secondaire (roséole, alopécie, papules érosives).

Donc, dans le cas actuel, le chancre, environ 14 heures après son apparition, était la plus insignifiante des

(1) Voir *Progrès médical*, nos 11, 12, 16, 17, 20, 21, 25, 27 et 29.

érosions. Je reviendrai plus tard sur cette observation quand je vous parlerai de la destruction du chancre comme moyen abortif de la syphilis.

Elle présente une grande analogie avec une observation publiée par le Dr Rasori (de Rome) et une observation du professeur Fournier. Ce fait vous montre, Messieurs, que dans les 4 ou 5 premiers jours le chancre est la plus insignifiante des lésions. Comme il est donc impossible, à cette époque, d'en faire un diagnostic précis, sa nature ne pourra être soupçonnée que s'il y a eu confrontation.

Donc votre devoir de médecin doit être de mettre en garde le client contre toute érosion minuscule, contre tout bobo survenu après un coït suspect ; de lui dire que ce n'est peut-être pas une vésicule d'herpès ou une écorchure du coït, comme il le pense, mais peut-être un chancre au début.

B. *Chancre à sa période d'état.* Etudions, maintenant, le chancre à sa période d'état. Comme le dit M. Fournier, cette période d'état est caractérisée par les deux phénomènes suivants, l'extension de l'érosion, l'apparition de l'induration. Si nous étudions alors un chancre typique, un chancre modèle, il se présente à nous avec les caractères suivants. Le chancre est : une érosion de petite étendue, ronde ou ovalaire, sans bord, à fond lisse et uni, de coloration rouge ou grise. Cette érosion repose sur une induration plus ou moins accentuée, elle est indolente, aphlegmasique. (Fournier.)

1° *Etude de l'érosion.* — *a*) Etendue de l'érosion. En général l'érosion est de petite étendue, du diamètre d'un centime ou d'une pièce de cinquante centimes. Elle peut être beaucoup plus grande, par exemple le chancre érosif de notre malade n° 5 de la salle Saint-Damiens, qui recouvrait la moitié externe, le bord libre et la face interne de la grande lèvre gauche dans toute sa hauteur. (Obs. 13 du registre des femmes.) Vous avez vu récemment dans notre salle des vénériens un chancre du scrotum grand comme une pièce de 5 fr. (n° 201 du recueil d'observations hommes). Tel est encore le moulage d'un chancre double du menton que je vous fais passer sous les yeux et qui provient d'un malade du service de M. le professeur Trélat. Le Dr Mauriac parle d'un chancre de 8 centimètres de diamètre. Dans d'autres cas, au contraire, l'érosion peut être excessivement petite, de l'étendue d'un pepin de pomme, d'une tête d'épingle, c'est le chancre nain. Je vous en fais passer sous les yeux un bel exemple provenant d'un malade (n° 58 du *Recueil d'observations*) de notre salle des vénériens. L'excellent moulage que vous avez en main a été fait, comme vous le savez, par mon élève M. Havrez, dont le talent artistique vous est connu. Ces chancres nains sont en général solitaires comme vous venez encore de le constater chez deux malades de la salle des vénériens atteints de chancres grands comme des pepins de pomme (nos 213 et [illegible]) du Recueil d'observations hommes. Quand ils sont multiples ils constituent alors le chancre herpétiforme décrit en 1874 par Dubuc.

b) La forme de l'érosion est en général ronde ou ovalaire. Elle est régulière, et présente deux moitiés symétriques superposables, comme vous pouvez le constater journellement dans nos salles et comme vous pouviez le voir d'une façon frappante chez un sujet atteint de chancre de la commissure labiale, constituant un bel exemple de « chancre en feuillet de livre. » Parfois la forme du chancre est beaucoup plus allongée, c'est une fissure une rhagade, en voici un bel exemple (n° 101 du Recueil d'observations femmes), comme cela s'observe souvent à l'anus. Parfois l'érosion est en forme de croissant, tels certains chancres de la racine de l'ongle ou de la base du mamelon. Parfois l'érosion ne présente pas de contour bien limité, c'est plutôt une sorte de rougeur diffuse sans contour précis ; elle constitue alors le chancre intertrigineux ou épithélial de Langlebert. Vous en avez vu plusieurs exemples ces derniers mois dans nos salles des femmes, ces chancres siégeaient sur les grandes et les petites lèvres.

Jamais, comme le fait remarquer M. Fournier, ou tout au moins pourrait-on dire très exceptionnellement, le chancre ne présente de contours polycycliques ou géographiques. Ce fait est très important au point de vue du diagnostic avec l'herpès. Le chancre ne présente pas de bords. En effet, le chancre étant très rarement une ulcération, mais le plus souvent une érosion, comme l'a le premier bien remarqué Bassereau, le chancre ne peut avoir de bords. Ses bords se continuent de plein pied avec le fond comme vous pouvez le constater sur ces malades, ces préparations et ces moulages. Vous voyez que loin de présenter des bords taillés à pic, le chancre se présente à nous sous forme d'une cupule, d'un godet, et quelquefois même d'une papule (chancre papuleux).

c) Fond du chancre. Il résulte de l'absence de bords du chancre que le fond de celui-ci n'est jamais situé profondément. Le chancre peut avoir un fond plat, au niveau des parties avoisinantes, il s'agit alors en général d'un chancre à peine induré, chancre parcheminé et à érosion très superficielle. C'est le chancre plat érosif ou épithélial de Langlebert. Il simule souvent une balanite simple. Sa durée est courte. Besnier et Doyon lui donnent avec raison le nom de chancre maculeux (Besnier et Doyon, Note à leur traduction de Kaposi). Nous conserverons cette expression. Le chancre est en général un peu creux, c'est une érosion en godet, en coup d'ongle, en fissure. Par opposition au chancre creux, au chancre érosif, nous avons le chancre bombé de Charles Bell. Ce chancre n'est autre chose qu'une papule érodée à sa surface. C'est l'ulcus elevatum des anciens auteurs, le chancre nummulaire, condylomateux. Ce chancre simulant quelquefois à s'y méprendre la plaque muqueuse, on conçoit comment il se fait que certains auteurs aient considéré la plaque muqueuse comme étant parfois l'accident initial de la syphilis. Je vous ai montré, dans mes cliniques, plusieurs chancres papuleux des plus caractéristiques dont voici quelques moulages faits par M. Havrez.

Le fond du chancre, Messieurs, surtout lorsqu'il est dépouillé de sa fausse membrane, est lisse, uni, vernissé. Il diffère, par conséquent, notablement du fond du chancre simple qui est irrégulier, alvéolaire. Exceptionnellement le chancre est ulcéreux. Cependant, dans certains cas, où les parties superficielles du syphilôme s'ulcèrent, le godet du chancre peut s'approfondir, atteindre la couche papillaire, et le derme lui-même. Alors le chancre se présente sous l'aspect d'une cupule plus profonde et même d'un petit entonnoir comme vous en avez vu un exemple. Cependant, jamais dans ces cas, le chancre ne présente de bords taillés à pic. Il n'a pas de bords. C'est toujours un godet plus ou moins profond. Il n'en est pas de même, ainsi que nous le verrons, dans les chancres profondément ulcéreux que nous étudierons avec les chancres anormaux ou atypiques.

d) La couleur du chancre est assez variable, cepen-

dant, comme l'a bien dit M. Fournier, il en existe deux principales : la couleur grise, la couleur rouge ; le chancre gris, le chancre rouge. 1° Chancre gris ou diphthéroïde. Vous avez vu, à propos de l'anatomie pathologique générale du chancre, que cet aspect diphthéroïde résulte d'une altération particulière « altération cavitaire de l'épihélium ; altération particulière qui transforme une partie de cet épithélium en une véritable pseudo-membrane. » Cette pseudo-membrane qui recouvre une partie ou la totalité de l'érosion chancreuse, présente une teinte grisâtre, très analogue à celle de certaines membranes diphthéritiques, ou d'herpès grisâtre érosif des muqueuses, ou de certains vésicatoires couenneux. On a comparé sa teinte à celle du vieux lard ranci. Cette pseudo-membrane peut être plus ou moins épaisse. Elle peut occuper toute la surface du chancre, ou seulement certaines portions de cette surface ; ces parties ainsi privées de fausse membrane présentent alors un aspect rouge. Lorsque la fausse membrane occupe le centre seul de l'érosion chancreuse la périphérie restant rouge ; ou lorsque, au contraire, le centre restant rouge la pseudo-membrane constitue un anneau grisâtre autour de la région rouge centrale, on aura affaire à deux variétés du chancre dit en cocarde.

2° *Chancre rouge.* La couleur de ce chancre a été justement comparée par mon maitre, M. le professeur Hardy, à celle de la tranche de jambon cru ; d'ailleurs, cette teinte rouge varie, elle est chair musculaire, fauve, cuivre rouge, ou irisée (Rollet). En général, le chancre rouge est plus luisant, plus vernissé que le chancre gris. Il n'y a pas d'altération cavitaire dans l'épithélium qui constitue le fond de l'érosion du chancre rouge. Il n'y a pas de réticulum épithélial, pas de fausse membrane comme je vous l'ai dit. Parfois, ainsi que vous le pouvez voir sur ces malades et sur ces moulages de M. Havrez, le fond du chancre présente un fin piqueté hémorrhagique comme si on l'avait moucheté avec une aiguille très fine. Chacun de ces minuscules points rouge carmin correspond à une papille plus ou moins dépouillée de l'épithélium qui la recouvre, et parfois même plus ou moins érodée ou ulcérée. (Vous en avez devant les yeux de belles préparations histologiques provenant d'un chancre que j'ai examiné en 1880 chez M. Maurice Raynaud.) Notons en passant que les chancres génitaux des femmes enceintes, comme l'a remarqué M. Fournier, présentent souvent une teinte livide, violacée, lie de vin, due à la stase veineuse. Ils sont en outre parfois hypertrophiques, vous l'avez pu voir chez plusieurs de nos malades. (*A suivre.*)

CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

HÔPITAL MILITAIRE DE BUCHAREST.— **M. PETRESCU.**

Traitement de la pneumonie par les doses massives de digitale.

Analyse par le Dr **Christe BUICLI**, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Il existe, en médecine, une série de lois qui, une fois établies et énoncées d'une manière classique par de grands personnages, ont le don de passer à la postérité, sans que jamais on s'avise de les modifier en quoi que ce soit. Ces lois, transmises ensuite de génération en génération, engendrent la routine, qui met, pour ainsi dire, un véritable obstacle à un nouveau contrôle de ces préceptes élevés à la hauteur d'un axiome.

Il en est ainsi, surtout en thérapeutique, où certaines pratiques nous sont léguées comme des dogmes classiques et que nous acceptons sans les soumettre à une nouvelle vérification.

Ce n'est que lorsqu'on étudie à nouveau les faits, fussent-ils de la dernière évidence apparente, et sans idée préconçue, que l'on peut être quelquefois amené à des résultats imprévus et qui peuvent s'éloigner de beaucoup même des doctrines courantes.

C'est en se plaçant à ce point de vue de vouloir tout contrôler, tout vérifier, que M. le Dr Petrescu, professeur de thérapeutique à la Faculté de médecine de Bucharest, a été conduit à changer complètement la posologie de certains médicaments. A la suite de longues et patientes recherches entreprises dans son vaste service de clinique interne, à l'hôpital militaire, sur le traitement de la pneumonie par la digitale, il a vu que l'on pouvait dépasser de beaucoup les doses classiques, sans que pour cela on dût forcément observer des signes d'intolérance.

Ces faits jurent évidemment avec ce que l'on enseigne habituellement sur la manière d'administrer la digitale.

Dans une leçon clinique récente de M. le professeur Germain Sée, l'auteur prétend qu'il faut augmenter les doses de digitale quand il s'agit des maladies fébriles et spécialement de la pneumonie (1).

« Ici s'impose, dit ce professeur, *la nécessité* de hautes doses ; si vous prescrivez à un pneumonique les feuilles de digitale à la dose de 15 à 20 centigrammes, qui convient à un cardiaque, vous n'obtiendrez rien sur le cœur, rien sur la température ; quand vous vous trouverez en présence d'un pneumonique, surtout si la dyspnée fébrile est prononcée, si la nutrition a subi une profonde atteinte, il faut 506 milligrammes et même 80 centigrammes par jour pour obtenir l'effet antipyrétique. »

Dans le même ordre d'idées, nous pouvons relever ici la pratique de Hirtz, qui emploie dans la pneumonie la poudre de feuilles de digitale à la dose de 75 centigrammes à 1 gramme pour 100 grammes d'eau et 20 grammes de sirop, par cuillerée, d'heure en heure, en renouvelant la potion au fur et à mesure des besoins.

Mais ni l'un ni l'autre de ces deux auteurs n'ont approché les doses énormes de 4 à 6 grammes de poudre de feuilles que le professeur Petrescu fait prendre à ses malades dans l'espace de 24 heures.

Ces faits extraordinaires et inattendus sont uniques, du moins à notre connaissance, et se trouvent consignés dans un livre récent de thérapeutique que l'auteur a fait paraitre en roumain.

Qu'il nous soit permis de dire, en passant, que ce livre, seul ouvrage complet dans la littérature médicale roumaine, n'est pas un simple résumé des connaissances classiques ; c'est une œuvre originale de l'auteur qui a marqué chaque chapitre au coin de l'observation personnelle et de l'analyse la plus sévère. On y trouvera des détails circonstanciés sur les médicaments nouveaux tels que la kairine, l'antipyrine, la duboisine, etc., si bien que si ce livre n'était pas écrit en roumain, langue qui n'est pas familière à beaucoup de gens, il pourrait être rangé parmi les plus complets et les

(1) G. Sée. — *De la tolérance médicamenteuse.* (*Bulletin de thérapeutique*, 30 novembre 1884.)

mieux écrits dans la littérature médicale internationale.

Aussi avons-nous cru utile de détacher de ce grand ouvrage, écrit au lit du malade, les particularités intéressantes à plus d'un titre, que nous avons relevées plus haut dans l'histoire thérapeutique de la digitale.

Avant d'aller plus loin, il est bon, ce nous semble, de mettre le lecteur en garde contre le doute qu'il pourrait avoir sur la qualité des produits employés et de leur mode de préparation, choses qui, comme on le sait, influent beaucoup sur les effets thérapeutiques. La digitale qui a servi aux recherches de M. Petrescu provenait de sources différentes, c'est ainsi qu'il a employé tour à tour des feuilles de digitale fournies par la droguerie Sassin, de Hongrie, par Louis Duvernoy, de Stuttgart, et enfin par la droguerie Brüchner et Lampe, de Berlin.

Du reste, des résultats aussi identiques et aussi probants obtenus sur toute la ligne, mettent hors de doute toute question d'inactivité de la part de ces produits.

Le mode de préparation employé a été l'infusion de 4 à 6 grammes de feuilles de digitale dans 200 grammes d'eau bouillante, pendant une demi-heure.

Ceci posé, nous pouvons entrer dans le détail des recherches du professeur Petrescu.

Ses observations, faites presque toutes sur de jeunes soldats, ont été divisées en deux grands groupes : dans le premier, en dehors de la respiration et de la température, l'auteur étudie, à l'aide du sphygmographe, les modifications journalières que subit le pouls ; il en possède tout un album richement garni ; dans un deuxième groupe il se contente de donner seulement les triples résultats numériques obtenus sur la respiration, la température et le pouls.

Avant de faire aucune espèce de commentaire, nous mettrons sous les yeux du lecteur quelques-unes des nombreuses observations de l'auteur qui, pour le but qu'il se proposait, n'a donné de chacune qu'une très courte relation. Chaque malade a été observé le jour même de l'éclosion de la maladie ou au plus tard à partir du lendemain.

Vient d'abord la série des tracés sphygmographiques, ensuite un autre groupe d'observations sous forme de tableaux synoptiques.

I[er] Cas. — *Pleuro-pneumonie droite guérie.*

Avant le traitement.

Fig. 30. — P. 116. T. 41°. R. 42.

24 heures après la prise de 4 grammes de feuilles.

Fig. 31. — P. 104. T. 40°,5. R. 38.

24 heures après la prise d'une nouvelle dose de 4 grammes

Fig. 32. — P. 100. T. 40°. R. 38.

24 heures après nouvelle dose de 4 grammes de digitale.



Fig. 33. — P. 72. T. 38°. R. 24.

24 heures après même dose.



Fig. 34. — P. 72. T. 37°,8. R. 24.

En tout 16 grammes de feuilles de digitale en quatre jours.

Le cinquième jour, après l'ingestion de 17 grammes, on observe les phénomènes suivants :



Fig. 35. — P. 68. T. 37°,5. R. 22.

Le sixième jour.

Fig. 36. — P. 64. T. 37°. R. 22.

Le septième jour.

Fig. 37. — P. 58. T. 36°,8. R. 22.

Le huitième jour.

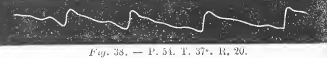


Fig. 38. — P. 54. T. 37°. R. 20.

II[e] Cas. — *Pneumonie du sommet droit guérie.*

Avant le traitement.

Fig. 39. — P. 120. T. 41°. R. 44.

24 heures après la prise de 4 grammes de feuilles de digitale.

Fig. 40. — P. 116. T. 40°,5. R. 44.

24 heures après nouvelle dose de 4 grammes.

Fig. 41. — P. 76. T. 38°,6. R. 44.

24 heures après la même dose.

Fig. 42. — P. 62. T. 38°. R. 24.

III[e] Cas. — *Pneumonie droite guérie.*

Avant le traitement.

Fig. 43. — P. 120. T. 40°,8. R. 42.

24 heures après l'ingestion de 4 grammes de feuilles.

Fig. 44. — P. 120. T. 40°. R. 40.

Trois jours après l'ingestion de 10 autres grammes de feuilles.

Fig. 45. — P. 100. T. 37°,8. R. 38.

Le 5me jour après la prise des 14 grammes.

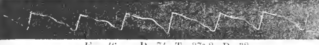


Fig. 46. — P. 74. T. 37°,8. R. 38.

IVe CAS. — *Pneumonie du sommet droit guérie.*

Avant le traitement.

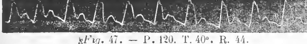


Fig. 47. — P. 120. T. 40°. R. 44.

24 heures après la prise de 2 grammes feuilles.

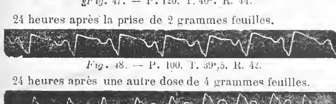


Fig. 48. — P. 100. T. 39°,5. R. 42.

24 heures après une autre dose de 4 grammes feuilles.

Fig. 49. — P. 80. T. 39°,5. R. 44.

Le 5me jour après la prise de 16 grammes à dater du commencement du traitement.

Fig. 50. — P. 50. T. 37°,5. R. 26.

Le 6me jour.

Fig. 51. — P. 48. T. 37°,5. R. 24.

Ve CAS. — *Pneumonie droite guérie.*

Avant le traitement.



Fig. 52. — P. 120. T. 40°,5. R. 46.

24 heures après 4 grammes de feuilles.

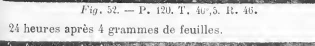


Fig. 53. — P. 112. T. 40°. R. 44.

24 heures après 4 autres grammes de feuilles.

Fig. 54. — P. 100. T. 39°,5. R. 44.

24 heures après une nouvelle dose de 4 grammes.

Fig 55. — P. 98. T. 39°. R. 44.

Cinq jours après la prise de 12 grammes de feuilles.

Fig. 56. — P. 40. T. 37°. R. 40.

Dix jours après les 12 grammes.

Fig. 57. — P. 40. T. 36°. R. 24.

VIe CAS. — *Pleuro-pneumonie gauche guérie.*

Avant le traitement

Fig. 58. — P. 120. T. 40°.

Voici maintenant le résumé de la deuxième série d'observations :

Jour d'entrée et jour de sortie.	DIAGNOSTIC.	TRAITEMENT.	TEMPÉRATURE		POULS	
			Matin.	Soir.	Matin.	Soir.
J. J.	Pneumonie	Le 19. Néant.	—	40.5	—	132
Entré le	droite	Le 20. Inf. digit. 4/200.	40.5	40.5	104	124
19 mai.	guérie.	Le 21. Même dose	39.3	39.2	112	—
Sorti le		Le 22. —	38.5	38.3	82	80
10 juin.		Le 23. On arrête le traitement.	38.»	38.1	60	66
		Le 24. —	37.»	—	60	—
S. J.	Pneumonie	Le 20. Néant.	39.5	40.5	—	—
Entré le	gauche	Le 21. Inf. digit. 4/200.	39.2	39.5	—	—
20 mai.	guérie.	Le 22. Même dose.	38.5	38.»	66	—
Sorti le		Le 23. —	38.5	—	56	52
5 juin.		Le 24. Arrêté le traitem.	38.»	38.2	48	52
		Le 25. —	37.5	37.»	64	52
		Le 26. —	36.»	36.4	54	56
S. D.	Pneumonie	Le 22. Inf. digit. 2/280.	38.7	40.4	136	120
Entré le	gauche	Le 23. Inf. digit. 4/200	40.»	39.7	112	108
21 mai.	guérie.	Le 24. Même dose.	38.5	38.»	112	108
Sorti le		Le 25. —	38.6	37.»	90	80
11 juin.		Le 26. On suspend le traitement.	36.5	36.5	84	—
		Le 27. —	36.»	36.5	78	—
S. M.	Pneumonie	Le 12. Inf. digit. 4/200.	39.»	39.5	108	—
Entré le	droite	Le 13. Même dose.	38.5	38.»	96	—
11 mai.	adynamique	Le 14. Inf. digit. 2/200.	37.3	39.5	108	—
Sorti le	guérie.	Le 15. Même dose.	39.7	39.5	120	—
25 mai.		Le 16. On suspend le traitement.	39.3	38.5	104	—
		Le 17. —	37.5	37.5	92	—
		Le 18. —	37.»	37.»	80	—
		Le 19. —	37.»	37.»	82	—
		Le 20. —	37.»	37.»	76	—
G. P.	Pneumonie	Le 23. —	38.2	38.»	84	—
Entré le	double	Le 24. Inf. digit. 3/200.	38.»	38.3	56	—
23 mai.	guérie.	Le 25. Inf. digit. 4/200.	38.5	38.»	90	68
Sorti le		Le 26. Inf. digit. 2/000.	38.5	—	60	—
13 juin.		Le 27. Inf. digit. 2/200.	—	—	—	—
N. G.	Pleuro-	Le 27 soir. Digit. 2/200.	—	—	—	—
Entré le	Pneumonie	Le 28. Inf. digit. 4/200.	38.5	39.»	108	120
27 octob.	droite	Le 29. Même dose.	38.5	39.5	100	96
Sorti le	guérie.	Le 30. —	37.5	38.»	98	—
7 mai.		Le 31. —	36.5	—	72	72
N. D.	Pneumonie	Le 15. Inf. digit. 4/200.	39.5	40.5	140	140
Entré le	gauche	Le 16. Inf. digit. 4e200.	39.4	39.4	112	98
15 févr.	guérie.	Le 17. Même dose.	38.»	39.»	92	100
Sorti le		Le 18. —	38.»	38.»	100	60
27 févr.		Le 19. —	36.2	38.»	60	40
		Le 20. —	36.»	36.»	40	48
E. J.	Pneumonie	Le 2. Inf. digit. 4/200.	39.2	39.3	96	100
Entré le	du	Le 3. Même dose.	39.2	39.»	100	94
1er févr.	sommet	Le 4. —	38.3	39.»	90	90
Sorti le	droit	Le 5. —	37.»	37.2	80	80
13 févr.	guérie.	Le 6. —	36.»	36.4	68	66
		Le 7. —	36.»	36.2	60	64
D. C.	Pneumonie	Le 11. Inf. digit. 4/200.	39.4	40.7	90	120
Entré le	double	Le 12. Même dose.	38.7	38.5	114	90
11 mars.	guérie.	Le 13. —	38.»	38.7	108	114
Sorti le		Le 14. —	38.2	39.5	84	84
27 mars.		Le 15. —	37.5	38.5	72	78
		Le 16. —	36.8	37.»	54	54
P. C.	Pneumonie	Le 21 soir. Inf. dig. 3/200.	—	40.4	—	120
Entré le	gauche	Le 22. Même dose.	40.1	40.»	120	120
21 févr.	guérie.	Le 23. Inf. digit. 4/200.	38.5	39.5	100	112
Sorti le		Le 24. —	38.2	38.5	84	88
3 mars.		Le 25. —	37.2	38.7	72	96

24 heures après la prise de 6 grammes de feuilles.

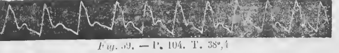


Fig. 59. — P. 104. T. 38°,4

Quatre jours après 18 grammes de feuilles.

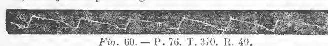


Fig. 60. — P. 76. T. 370. R. 40.

VIIe CAS. — *Pneumonie double guérie.*

Avant le traitement.

P. 120, T. 540°, 5 R. 46.

Mais après l'ingestion de 22 grammes de feuilles de digitale, pris à la dose de 4 grammes dans les 24 heures pendant les quatre premiers jours, puis pendant trois autres, à la dose de 2 grammes seulement, on constate :



Fig. 61. — P. 40. T. 370. R. 20.

VIIIe CAS. — *Pleuro-pneumonie droite guérie.*

Avant le traitement.

P. 118, T. 400°,5. R. 48.

Après trois jours de traitement, à la dose de 4 grammes de feuilles de digitale dans les 24 heures :

Fig. 62. — P. 24. T. 360°,5. R. 26.

Ces quelques observations suffisent pour montrer quelle a été la manière de procéder de l'auteur dans les recherches qu'il poursuivait. Du nombre de 350 faits semblables déjà publiés presque tous dans le livre que le Dr Petrescu a fait paraître, il semble résulter d'abord que la durée de la pneumonie serait abrégée ; dans tous les cas, l'intensité de la fièvre fortement et progressivement atténuée et ensuite que la tolérance pour la digitale peut aller jusqu'aux doses énormes de 4 à 6 grammes dans les 24 heures, de 12, 16, voire même 18 et 20 grammes dans l'intervalle de trois jours.

Voici, pour terminer, les conclusions de l'auteur.

1° La digitale ne produit une action antiphlogistique certaine et immédiate que lorsqu'elle est donnée à dose thérapeutique.

2° La dose thérapeutique, dans l'espèce, est de 4 à 6 grammes de feuilles dans les 24 heures pendant un nombre limité de jours.

3° Le traitement de la pneumonie par la digitale est jusqu'ici le seul moyen qui en ait réduit la mortalité au minimum.

Ces recherches, qui jettent un nouveau jour sur la posologie de la digitale, nous ont semblé dignes d'être mises à la connaissance du public médical qui, dans ces questions nouvelles, est toujours le dernier juge.

TROISIÈME CONGRÈS INTERNATIONAL D'OTOLOGIE A BALE. — *Prix Lenval.* — 1° La somme de 3.000 francs est accordé comme prix à l'auteur de la meilleure application des principes microphoniques à la construction d'un appareil facilement portatif et améliorant l'audition des malades. 2° Les instruments destinés à concourir pour ce prix doivent être envoyés avant le 31 décembre 1887, à l'un des membres soussignés du jury désigné par le troisième congrès international d'otologie, à la demande de M. le baron Léon de Lenval. 3° Seront seuls admis à concourir pour ce prix des instruments complètement achevés. A l'examen il sera tenu compte de la perfection de la construction mécanique, de la juste observation des lois de la physique et principalement de l'amélioration de la faculté auditive produite par ces appareils. 4° La publication du jugement du jury, ainsi que la remise du prix, aura lieu au quatrième congrès international d'otologie à Bruxelles, en septembre 1888. 5° Si aucun instrument n'était reconnu comme ayant mérité le prix, le jury se réserve le droit de provoquer un nouveau concours en 1888, jusqu'au moment de la réunion du prochain congrès international d'otologie.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Le Dispensaire pour enfants de la Société philanthropique.

Ce dispensaire, dont nos lecteurs connaissent déjà l'importance (1), a commencé à fonctionner le 16 mai 1883. Après deux années d'exercice, on peut apprécier la grandeur des services rendus et l'avenir de l'œuvre. Le rapport médical lu à l'assemblée générale du 29 mai 1885 nous donne des renseignements très intéressants et assez complets. La première année, le nombre des consultations atteignait 3144, et le nombre des chroniques traités pendant trois mois s'élevait à 422 ; la seconde année, les chiffres sont 4960 et 609 ; on voit que la progression numérique s'affirme nettement. On peut ajouter que cette progression n'a rien d'excessif et que l'outillage du dispensaire suffira longtemps encore à tous les besoins de sa clientèle. Quelque grande que soit l'affluence des enfants qui, sans parler des consultations, viennent deux fois par jour aux pansements, l'encombrement est prévenu par des mesures d'ordre qui assurent la rapide exécution des soins prescrits. D'ailleurs il semble que le mouvement ascensionnel, qui menaçait de déborder les consultations, se soit ralenti. Cela tient à ce que le Dispensaire n'a pas un rayonnement étendu ; sa sphère d'action est limitée. Un hôpital peut attirer et retenir des malades éloignés ; un dispensaire n'est aménagé que pour des consultations et un traitement externes. Il en résulte que la clientèle du dispensaire de la Société philanthropique est une clientèle de quartier et qu'elle ne peut s'accroître indéfiniment. Presque tous les enfants qui fréquentent le dispensaire de la rue de Crimée habitent le dix-neuvième arrondissement. Il ne saurait en être autrement, et on ne peut pas, pour un traitement externe, imposer aux enfants tous les inconvénients d'un long trajet. Si le Dispensaire n'est pas à portée, les familles le délaisseront, au risque de voir la maladie se perpétuer et s'aggraver. C'est pour cette raison qu'il faut songer à multiplier les dispensaires plutôt qu'à les agrandir. La Société philanthropique, après le docteur Gibert, en montrant ce qu'on pouvait faire avec une installation modeste, a tracé la voie dans laquelle il faut s'engager pour réussir.

Si nous cherchons à apprécier le nombre des *actions médicamenteuses* (bains, douches, pansements, électrisations, opérations, etc.), nous ne pouvons l'évaluer à moins de 60,000 pour l'année qui vient de s'écouler. Encore ne parlons-nous pas de nombreux secours en argent, vêtements, aliments, dus à la générosité des dames patronnesses et des visiteurs du Dispensaire.

Sans entrer dans le détail de tous les cas pathologiques qui se sont présentés aux consultations, il convient de dire que c'est la scrofule qui amène toujours le plus fort contingent de malades. Les lésions scrofuleuses des yeux (blépharites et conjonctivites chroniques, kératites, etc.) sont de plus en plus fréquentes ; on sait avec quel succès elles s'améliorent et guérissent, quand elles sont prises à temps. Pour cette classe si

(1). *Progrès médical*, 1884, p. 495.

importante de maladies, les services que rend le Dispensaire sont inappréciables, d'autant plus que le quartier de la Villette est éloigné de toute clinique ophthalmologique. Viennent ensuite par ordre de fréquence les abcès froids, les adénites chroniques, les scrofulides de la peau et des muqueuses dont l'huile de foie de morue donnée *largâ manu* permet de triompher. Citons enfin les maladies qui résultent d'une mauvaise alimentation des nouveau-nés, le rachitisme et l'athrepsie qui font de nombreuses victimes à la Villette comme dans tous les quartiers pauvres. A côté de ces maladies plus ou moins graves, mais accessibles à la thérapeutique, on est exposé à rencontrer assez souvent des affections aiguës et contagieuses que le Dispensaire traite accessoirement et pour lesquelles il n'est pas fait. Comment, sans fermer la porte à ces maladies, parer au danger qui menace les autres enfants ? Une mesure très heureuse a été adoptée par la Société pour l'admission des enfants à la consultation : deux escaliers distincts donnent accès au cabinet médical. Dans la grande salle d'attente séjournent les enfants non suspects d'affection contagieuse. Tous les autres en sont exclus et dirigés par l'escalier opposé pour être l'objet d'un examen immédiat. Les enfants atteints ou soupçonnés de maladies transmissibles ne peuvent donc contaminer les autres enfants avec lesquels ils n'ont aucun rapport. En présence des trop nombreuses victimes de la contagion dans les hôpitaux, dans les écoles et dans tous les rassemblements d'enfants, on est heureux de voir l'isolement réalisé au Dispensaire de la Villette.

A côté des maladies véritables, il existe des affections légères, des indispositions pour lesquelles le médecin est souvent consulté. Ce sont des enfants renvoyés de l'école pour une éruption insignifiante de gourme, pour une pustule d'impétigo, pour un placard visible d'eczéma ; car les médecins inspecteurs des écoles sont très sévères et ils ont raison. Si la maladie qui a causé l'exclusion de l'enfant est contagieuse, le médecin a été bien avisé. Si c'est une fausse alerte, le Dispensaire est là pour réparer le mal et permettre à l'enfant de reprendre bientôt le cours de ses études. Là encore, le Dispensaire rend aux familles pauvres qui l'entourent, de réels services. Quant aux maladies chroniques qui ont nécessité un traitement de trois mois, voici comment elles se répartissent :

Scrofule : 434	Ophthalmies scrofuleuses	239
	Scrofulides de la peau	70
	Bronchites scrofuleuses	37
	Scrofulides des autres muqueuses	36
	Abcès froids et adénites	33
	Tumeurs blanches et caries	19
	Rachitisme	85
	Anémie et chlorose	39
	Chorée	10
	Affections diverses	41
	Total :	609.

On voit que sur les 609 chroniques traités, plus des 2/3 relèvent de la scrofule. Au premier rang de ces manifestations scrofuleuses figurent les maladies des yeux : dans le courant de l'année, 239 enfants atteints de blépharites, conjonctivites ou kératites chroniques, ont été soignés ; sur ce nombre, 149 sont complètement guéris, 61 sont très notablement améliorés, 29 sont encore en traitement. Sur les 70 éruptions scrofuleuses de la peau (eczéma et impétigo), 53 sont guéries, 17 sont en traitement. En dehors des tumeurs blanches et des ostéites chroniques dont la guérison absolue est si difficile à obtenir, toutes les autres localisations de la scrofule, abcès froids, otites suppurées, ozènes, amygdalites chroniques, bronchites, etc., ont fourni une très grande proportion de guérisons complètes. Pour toutes ces maladies de l'enfance désignées sous le nom générique de scrofules, on peut dire que le dispensaire rend d'immenses services, car il guérit des centaines d'enfants que l'Assistance publique ne pourrait pas hospitaliser.

Ce n'est pas seulement aux scrofuleux que le Dispensaire assure le soulagement ou la guérison. Les rachitiques qui, sur 85, ont donné 54 guérisons et 16 améliorations (15 restent en traitement), les anémiques, les choréiques guéris pour la plupart, témoignent des ressources hygiéniques et thérapeutiques que le Dispensaire met en œuvre contre toutes les maladies chroniques de l'enfance.

M. le Dr J. Comby, au rapport duquel nous empruntons tous ces détails, n'a pas cru qu'il devait se borner à la cure des maladies, mais qu'il fallait en outre chercher les moyens de protéger les enfants contre les causes des maladies. On sait que l'ignorance et l'incurie jouent un rôle peut-être plus important que la misère dans la mortalité et la morbidité infantiles. Persuadé que l'allaitement artificiel mal dirigé, que l'alimentation et le sevrage prématurés engendrent l'athrepsie, le rachitisme et même la scrofule, M. Comby a porté tous ses efforts du côté de l'alimentation des nouveau-nés. Recommander toujours l'allaitement maternel, chercher, quand ce dernier est impossible, à écarter de l'allaitement artificiel tout ce qui en accroît les dangers, combattre par des raisons et par des exemples toutes les erreurs hygiéniques si communes dans la classe ouvrière, telles ont été les grandes lignes de cette propagande énergique et incessante. N'était-ce pas à ce double point de vue du traitement des maladies et de leur prophylaxie qu'il fallait comprendre le rôle du Dispensaire ? Soigner les enfants et les guérir est bien; prévenir le mal par l'enseignement pratique de l'hygiène infantile est mieux. Agir dans cette double direction parallèle, c'était prêter à l'œuvre de la protection de l'enfance un précieux concours. La loi Roussel (1874) ne vise que les enfants confiés à des mercenaires ; le Dispensaire en étendant aux familles mêmes les bienfaits de son intervention, vient combler, dans une certaine mesure, une lacune de cette loi.

Nos lecteurs jugeront, par cet exposé, de la variété et de l'importance des services rendus au XIXe arrondissement par le Dispensaire de la Société philanthropique.

Conseil municipal de Paris. — Le Conseil municipal a voté un crédit de 1.131 fr. pour l'aménagement d'un local destiné à l'installation d'un laboratoire d'histologie aux Halles centrales, pour l'inspection des viandes vendues et la détermination de la nature de certaines maladies des animaux abattus. Dans la même séance, le Conseil a voté un crédit de 245.975 fr. pour la construction d'un fourneau crématoire au cimetière de l'Est, pour l'incinération des débris d'hopitaux.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 3 *août* 1885. — PRÉSIDENCE DE M. BOULEY.

M. VULPIAN indique les résultats de ses recherches sur les *effets de l'excitation faradique directe des glandes*.— Contrairement à ce qu'avait obtenu Cl. Bernard, il a toujours vu la faradisation directe, soit de la glande sous-maxillaire, soit de la parotide, déterminer une sécrétion assez abondante. Lorsque ces expériences sont faites sur un chien curarisé, puis atropinisé, l'électrisationde la corde du tympan ne produit plus aucune action, mais la faradisation directe de la surface externe de la glande sous-maxillaire n'est pas sans effet. Il reste à déterminer si l'écoulement de salive que l'on provoque ainsi, est dû à l'excitation du tissu glandulaire lui-même, ou bien à celle des nerfs de la glande excités au travers des couches superficielles. La faradisation directe du pancréas détermine aussi un écoulement de gouttes de suc pancréatique ; M. Vulpian n'a rien vu de semblable ni pour le foie, ni pour les reins.

M. J. FERRAN envoie à l'Académie une lettre ainsi conçue : « Retenu à Madrid, je n'ai pas pu m'occuper des statistiques demandées par la commission du Prix Bréant; mais je viens de faire un petit séjour à Valence et j'y ai laissé ce travail en préparation. Tenant à ce que ces documents soient aussi exacts et soignés qne possible, je n'ai pas pu les avoir tout de suite ; mais je crois pouvoir vous en promettre l'envoi dans un délai de huit jours. J'ai l'honneur de vous adresser ci-joint une note au sujet d'un vaccin chimique contre le choléra asiatique. »

M. VULPIAN présente, au sujet de cette lettre, les observations suivantes :

« Je crois quela commission du prix Bréant regrettera que M. Ferran n'ait pas compris le sens de la note insérée dans le dernier compte rendu de l'Académie. La Commission n'a pas demandé les statistiques de M. Ferran, mais les statistiques officielles émanant des autorités espagnoles. Il est à souhaiter que sur une question comme celle du choléra, qui intéresse à un si haut point l'humanité tout entière, le gouvernement de l'Espagne tienne à honneur d'éclairer d'une façon complète toutes les nations sur la valeur des vaccinations de M. Ferran.

MM. BROUARDEL et Paul LOYE communiquent les résultats de leurs *recherches sur l'empoisonnement par l'hydrogène sulfuré*. Il paraît légitime de distinguer deux formes dans cette intoxication. Dans la première, la mort est foudroyante et elle est nettement due à une action sur les centres nerveux. La pupille est dilatée, la cornée insensible, le réflexe pupillaire disparu ; tous les réflexes sont abolis. Les membres sont en contracture; la respiration, d'abord convulsive, ne tarde pas à s'arrêter. Le cœur ralentit ses battements, en même temps qu'il augmente leur puissance ; la pression sanguine diminue d'une façon à peu près régulière jusqu'à la mort ; toujours le cœur est l'*ultimum moriens*. Le sang est violacé, mais l'hémoglobine est peu altérée. Dans la seconde forme, la mort est plus lente; aux accidents nerveux se joignent des phénomènes asphyxiques. On observe une première phase caractérisée par la dilatation de la pupille, l'insensibilité de la cornée, l'arrêt de la respiration et le ralentissement du cœur. Puis, la respiration revient avec des mouvements très énergiques ; le cœur bat irrégulièrement ; la pression monte et s'abaisse ; l'animal meurt dans le coma. Le sang est violacé, avec des altérations de l'hémoglobine ; l'urine renferme du sucre ou de l'albumine.

M. Henri LELOIR adresse une note sur l'*anatomie pathologique de la lèpre*. Le derme et l'hypoderme (ainsi que les muqueuses de la bouche et du pharynx) constituent un excellent terrain de culture pour le bacille qui y pullule sous forme de bâtonnets et de spores. Quant à l'épiderme il constitue un détestable terrain, sans doute à cause du peu de cellules lymphatiques qu'il contient, et peut-être de l'insuffisance de la température. Les lésions de la langue rappellent parfois la glossite syphilitique ; dans d'autres cas, l'infiltrat lépreux est superficiel, sans dégénérescence fibreuse. La muqueuse laryngée est épaissie. Les ganglions lymphatiques sont remplis de bacilles ; le foie, la rate, le testicule en renferment également de grandes quantités.

M. DUCLAUX a étudié l'*influence de la lumière du soleil sur la vitalité des micrococcus*. Quelques heures d'insolation ont suffi à atténuer d'abord, à tuer ensuite les micrococcus pathogènes observés par l'auteur. La lumière solaire est donc l'agent d'assainissement le plus universel, le plus économique et le plus actif auquel puisse avoir recours l'hygiène publique ou privée.

M. LAULANIÉ fait une communication sur l'*évolution comparée de la sexualité dans l'individu et dans l'espèce*.

M. le PRÉSIDENT annonce la mort de M. Henri MILNE-EDWARDS, doyen de la Section d'anatomie et zoologie. Les discours prononcés à ses obsèques par MM. de QUATREFAGES, BLANCHARD, FRÉMY et DE LACAZE-DUTHIERS, sont insérés dans les comptes rendus. Paul LOYE.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 8 *août* 1885. — PRÉSIDENCE DE M. D'ARSONVAL.

M. DE SINÉTY, en son nom et en celui de M. HENNEGUY, fait une communication sur le *microbe de la blennorrhagie*. Ces recherches ont été faites sur des femmes : 1° Dans tous les cas d'*uréthrite purulente* (sauf un), le gonococcus de Neisser a été trouvé dans le pus, qui était *alcalin*, par exception légèrement acide; 2° Dans les cas d'*uréthrorrée*, l'écoulement, au contraire, s'est montré *acide*, et on n'a pas trouvé de gonococcus; 3° Si le pus de l'urèthre s'est quelquefois montré acide, dans tous les cas, sans exception, où on a trouvé sur le col utérin et dans les glandes vulvo-vaginales du pus contenant des gonococcus, celui-ci a toujours été alcalin; 4° Des injections quotidiennes de liquides antiseptiques, permanganate de potasse, eau oxygénée, sublimé, n'ont pas amené la destruction de ces gonococcus; on en a retrouvé encore chez certaines malades, après un an de ce traitement ; quelquefois, pendant le traitement, on voit se produire des poussées nouvelles de microbes.

Sur la demande de M. DUMONTPALLIER, M. de Sinéty déclare, au point de vue pratique, que le traitement susdit a amené la guérison généralement en cinq ou six semaines, et qu'il le considère comme le meilleur, comparativement par exemple au nitrate d'argent, qui donne de très mauvais résultats. Mais les liquides employés agissent-ils ici comme antiseptiques? Telle est la question que pose l'auteur, sans vouloir la résoudre.

M. POUCHET rappelle des expériences qu'il a faites en 1876 et 1878, sur des poissons, dans le but de les rendre blancs d'un côté et noirs de l'autre, en paralysant les chromoblastes d'un côté par l'ablation d'un œil. Ces expériences ne lui ont réussi que dans des conditions particulières, sur des poissons de la Saale, et jamais sur des poissons de mer. Il compte recevoir bientôt des poissons d'un vivier de Constantinople, qui présentent à l'état naturel cette décoloration d'un côté, et il est convaincu qu'on trouvera un parasite dans l'œil correspondant.

M. GRÉHANT rend compte d'expériences entreprises sur ses conseils par M. PEYROU, dans le but de comparer le pouvoir absorbant de diverses surfaces vivantes pour des gaz toxiques. Les expériences ont été faites sur des chiens, avec de l'hydrogène sulfuré pur, préparé avec du sulfure d'antimoine et de l'acide chlorhydrique, et mélangé d'air dans des proportions connues. Faraday a indiqué comme dose toxique pour le chien 1/800e; mais M. Gréhant ne sait s'il plongeait l'animal dans le mélange ou s'il l'y faisait seulement respirer. Dans les expériences de M. Peyrou : 1° Ces mélanges à 1/2000e, 1/1500e, 1/1000e *respirés* ne se

sont pas montrés toxiques, sauf une exception; en général, à ces doses, il y a dyspnée, agitation; 1/500e a presque toujours amené la mort au bout d'un quart d'heure à une demi-heure; un seul chien n'était pas mort au bout d'une heure. Cette divergence, relativement à la dose indiquée par Faraday, peut tenir à des conditions individuelles des animaux. 2° Absorption par les *plèvres :* elle a été réalisée au moyen de plaies pénétrantes de poitrine, faites en évitant soigneusement la blessure du poumon (pour cela, après avoir incisé jusqu'à la plèvre pariétale, on ouvre celle-ci avec le pulpe du doigt sans ongle); dans la plaie, on place un bouchon à deux trous; le gaz entre par un des trous et sort par l'autre, qui donne à l'extérieur du laboratoire. Ici le mélange à 1/500e n'a rien produit : il faut arriver à 1/50e pour amener la mort, à 1/100e pour qu'il y ait absorption, ce qu'on reconnaît en voyant noircir un papier de plomb placé devant les narines. 3° Des injections dans l'*estomac*, à l'aide d'une fistule œsophagienne, ou d'une fistule œsophagienne et d'une fistule gastrique, de mélanges à 1/50e et même à 1/25e, n'ont pas même fait noircir le réactif placé devant les narines; mais la sécrétion du suc gastrique, sous cette influence, devient considérable. 4° Dans l'*abdomen*, on a fait circuler des mélanges à l'aide de tubes introduits dans des plaies pénétrantes; les mélanges toxiques dans la plèvre ne le sont pas ici; mais le réactif plombique est légèrement influencé. Le mélange à 1/25e a produit la mort en 20 minutes, mort, comme dans les autres expériences, marquée par l'arrêt de la respiration avant celui du cœur, et précédée d'agitation et de cris.

M. Blocq demande comment on était sûr que le gaz circulât dans toute la cavité pleurale, les deux feuillets devant en rester accolés.

M. Gréhant fait remarquer que les poumons s'affaissent suffisamment par suite des deux plaies pénétrantes.

M. Blocq a fait, il y a une quinzaine d'années, quelques expériences sur l'absorption de l'hydrogène sulfuré par la peau. Elles consistaient à prendre un bain de bras dans une solution plombique; le bras, lavé ensuite, noircissait par l'hydrogène sulfuré, qui par conséquent traversait l'épiderme.

M. Gréhant rappelle le phénomène indiqué par des médecins, du noircissement des malades saturnins par les bains sulfureux.

M. d'Arsonval fait remarquer que, pour avoir vraiment l'absorption spécifique des divers tissus de revêtement, il faudrait pouvoir en prendre des surfaces égales.

M. Peyron, ajoute M. Gréhant, a également observé, au cours de ses expériences, des phénomènes d'*accoutumence*, sur lesquels il se propose de revenir.

M. Dubois lit les conclusions d'un travail sur les *fonctions photogéniques des pyrophores*. L'appareil producteur de la lumière chez ces insectes est un *appareil glandulaire* spécial, au fonctionnement duquel concourent tous les autres appareils. La lumière produite résulte de l'action d'un *ferment soluble* coagulable, analogue aux diastases, qui résiste à une température de — 100° centigrades, et que les auteurs espèrent analyser ultérieurement; ce ferment réside dans le parenchyme glandulaire. Les auteurs ont aussi étudié le développement des pyrophores, inconnu jusqu'à présent, et d'autres questions qui feront l'objet de communications ultérieures.

M. d'Arsonval, à propos de cette communication, parle du faible équivalent mécanique de la lumière, et rappelle les expériences faites par beaucoup d'autres et par lui-même pour sa détermination.

M. Ch. Richet a fait sur lui-même des expériences au point de vue de la polyurie produite par l'ingestion de sucre de raisin et de raisin en nature : ces substances ont une puissance diurétique très remarquable. Les expériences ont consisté à ingérer aux repas une certaine quantité de raisin et de sucre de raisin, avec des boissons. L'élimination d'eau s'élève rapidement après les repas, puis redescend bientôt à un taux beaucoup plus bas et plus uniforme. L'élimination des boissons est achevée environ deux heures après leur ingestion.

M. Bloch fait remarquer l'effet possible de la préoccupation de l'expérimentateur; M. Féré celui du nombre des mictions, sur la quantité d'urine excrétée.

M. Beaunis rapporte des expériences qu'il a faites lui-même, relativement à l'influence considérable des fonctions de la peau sur l'excrétion urinaire.

M. Gréhant parle de l'influence qualitative de la boisson (bière).

M. F. Franck expose *l'effet des lésions artificielles du cœur sur la circulation cérébrale*. Quand on touche une valvule sigmoïde, il y a gonflement du cerveau, en même temps que se produit une élévation de la pression générale et un resserrement des vaisseaux des autres tissus; il y a donc là passivité, apparente du moins, des vaisseaux du cerveau, devant ce qui détermine une réaction de la part des autres. Après la destruction d'une valvule sigmoïde, les battements du cerveau augmentent beaucoup d'amplitude, il y a transmission beaucoup plus parfaite des pulsations cardiaques qu'à l'état normal. Une des conséquences de cette impulsion est le pouls capillaire, qu'on peut suivre sur la pie-mère avec une loupe, comme chez les aortiques sur la peau du front. Les oscillations du liquide sous-arachnoïdien sont aussi plus brusques, plus étendues, et se propagent beaucoup plus loin vers la moelle que normalement. M. Frank n'a jamais constaté de souffle céphalique. Dans l'insuffisance tricuspidienne produite par section des cordages tendineux, il y a reflux veineux systolique jusque dans les sinus crâniens. Le pouls des sinus, qui se produit à l'état normal comme résultat des expansions du cerveau, augmente ici et change de forme, sous l'influence directe surajoutée des battements du cœur. Il y a diminution de l'excitabilité cérébrale. Dans la compression du cœur par les épanchements péricardiques, le pouls des sinus s'atténue au contraire. En effet, il y a à la fois diminution de l'afflux sanguin et pas de reflux veineux surajouté, tout tend vers la suppression du pouls cérébral.

M. d'Arsonval présente des considérations sur les variations de la résistance électrique des tissus. Il a constaté sur son bras gauche, par exemple, des variations de 1 à 5, suivant le moment des expériences.

M. Brown-Séquard a constaté des pertes de la conductibilité électrique à la suite d'excitations du système nerveux central. Il y a là un moyen de mesurer l'action nerveuse.

La Société reprendra ses séances en octobre.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 28 *novembre* 1884.— Présidence de M. Cornil.

33. Malformation congénitale du cœur. — Canal faisant communiquer l'extrémité du ventricule droit avec l'origine de l'aorte; par M.-A. Cayla, interne des hôpitaux.

Le 4 novembre 1884 entrait à l'Hôtel-Dieu (service de M. Hérard), Montégut Louise. C'est une robuste femme de 34 ans qui vient pour acccoucher. Elle a ressenti les premières douleurs dans la nuit. Elle a déjà eu 4 grossesses, toutes menées à terme sans accident. Depuis trois mois, elle ressent dans le bas-ventre une pesanteur inusitée qui l'oblige à s'asseoir souvent.

Dans la journée elle met au monde deux enfants, le premier qui vient à deux heures, le second est extrait à cinq heures par la version podalique. Les deux enfants sont très bien portants en apparence et d'égal volume. Le lendemain, lorsque l'on met les enfants au sein, on remarque que le premier-né ne peut teter. Il saisit le mamelon, mais ne fait pas de mouvement de succion, ce dont on s'assure également en introduisant le petit doigt dans la bouche. En même temps l'on remarque que les mains sont bleues et froides, la respiration est courte. Les jours suivants cet état persiste, on soutient l'enfant avec quelques cuillerées à café de lait qu'il avale sans trop de peine. Malgré toutes

nos investigations nous ne parvenons pas à saisir la raison de cette impossibilité à teter. L'auscultation des poumons permet de reconnaître que l'air pénètre à peine dans la poitrine. Les battements cardiaques se perçoivent sur une grande surface, mais on n'entend aucun souffle. Les jours suivants l'état de l'enfant s'aggrave, l'asphyxie s'accuse tous les jours davantage, le dernier jour sa respiration n'est plus qu'un hoquet convulsif, et il meurt le 14 novembre. Les phénomènes qu'il nous avait été donné d'observer pendant les quelques jours qu'avait vécu cet enfant, nous rappelèrent le cas d'un petit enfant, qu'il nous avait été donné de voir dans le service de M. le professeur Tarnier à la Maternité, qui, bien conformé en apparence, ne survécut que quelques heures, et à l'autopsie duquel nous trouvâmes une malformation organique.

Autopsie. — Le cœur est considérablement augmenté de volume, il est globuleux et remplit presque à lui seul la partie gauche du thorax. On n'aperçoit pas le poumon de ce côté, à droite, le poumon a ses dimensions normales. Retirés de la cavité thoracique, les viscères présentent les particularités suivantes : Le poumon gauche a à peine le tiers du volume normal, quelques faibles portions seulement ont respiré. A droite, le poumon, quoique volumineux, est atélectasié dans les deux tiers de son volume. A la coupe, on s'assure encore mieux de cet état. Les autres organes sont sains. C'est sur le cœur seulement que la malformation a porté. Le cœur a la forme d'un prisme triangulaire, présentant une face antérieure, une postérieure et une à droite formée par le ventricule droit. Il mesure 7 centimètres 1/2 de hauteur sur une largeur de 6 centimètres. Le ventricule droit constitue au moins les deux tiers de son volume total, le gauche est considérablement réduit. Après avoir coupé la pointe du cœur, on remarque à droite de la cloison interventriculaire, que le ventricule de ce côté est divisé en deux cavités. A gauche de la cloison, le couteau touche à la limite inférieure d'une troisième cavité, celle du ventricule gauche, de sorte que la pointe du cœur est exclusivement formée par le ventricule droit. On incise suivant les deux cavités le ventricule droit. Une de ces sections conduit dans l'artère pulmonaire, l'autre à l'origine de l'aorte, au niveau des valvules sigmoïdes. On sectionne le ventricule gauche, et on arrive dans l'aorte également. Ces trois sections ouvrent trois cavités, dont on peut se rendre un compte exact : Deux cavités ventriculaires, la droite très dilatée, à parois épaisses, la gauche très réduite à parois faibles, et entre les deux une troisième, creusée dans le tissu du cœur, séparée du ventricule droit par une cloison d'un centimètre d'épaisseur, du gauche par la cloison interventriculaire, d'une épaisseur normale, qui, en aucun point, ne présente de solution de continuité. La direction de ce canal est oblique ; par son extrémité inférieure, il s'abouche dans le ventricule droit, en haut, il vient finir dans l'aorte. Il a la forme d'un entonnoir, dont l'extrémité inférieure admet l'extrémité du petit doigt, dont la supérieure a les dimensions d'une plume de corbeau. Lisse dans les deux tiers supérieurs, la surface interne présente dans la partie inférieure des inégalites, comme la surface interne des ventricules. L'épaisseur de la paroi du cœur qui la recouvre en avant, a deux millimètres. La terminaison dans l'aorte se fait juste audessus des valvules sigmoïdes. Les valvules mitrales et tricuspides sont normales, les sigmoïdes de l'artère pulmonaire également; à leur niveau, l'orifice de cette artère mesure deux centimètres et demi de circonférence, les parois sont plus épaisses que celles de l'aorte, sa cavité est dilatée. Les valvules aortiques existent, mais présentent des irrégularités, l'orifice mesure deux centimètres, les parois de l'aorte sont minces. L'oreillette droite est très hypertrophiée, les parois sont épaisses et résistantes, au contraire, la gauche est très réduite, et à parois très faibles. Le trou de Botal est fermé complètement, la membrane qui l'obture n'adhère pas à la partie antérieure au bord du trou ovale, dans une étendue de trois millimètres. Rien de spécial à noter dans les autres vaisseaux du cœur, non plus que dans le canal arteriel.

Réflexions. — Le cas que nous publions, s'il n'est pas unique, est tout au moins des plus rares. Nous avons parcouru la thèse de M. Deguise, si riche en faits de malformations cardiaques, celle plus récente de M. Poché, les divers recueils périodiques, et nous n'avons pu trouver de cas analogue. Avec l'aide et sur les conseils de M. le professeur Cornil, nous avons consulté l'atlas de Rokitansky, où les faits de malformation congénitale du cœur abondent, et là, pas plus qu'ailleurs, il ne nous a été possible de relever aucune anomalie du cœur semblable à la nôtre. Le cas ne peut rentrer dans aucune des catégories de malformations établies par les auteurs qui se sont occupés de ces faits. Quant à en trouver l'explication par l'embryogénie, la chose est impossible dans l'état actuel de nos connaissances. Rokitansky, dans le travail que nous citons plus haut, explique tous les faits de malformation cardiaque, par des défauts ou des vices de développement des cloisons cardiaques, soit de la cloison interventriculaire, soit du septum qui sépare l'aorte de l'artère pulmonaire, connu sous le nom de *septum atriorum*. Mais ici rien de comparable aux cas relatés par Rokitansky, la cloison interventriculaire ne présente aucune solution de continuité, sous les valvules de l'aorte seulement, l'épaisseur de la paroi est moindre, de plus, la séparation de l'aorte et de l'artère pulmonaire est parfaite. Les particularités que présentait la circulation du sang dans ce cœur méritent d'être notées. L'existence du canal qui faisait communiquer le ventricule droit avec l'aorte, avait pour conséquence de mélanger les deux sangs dans cette artère. Pendant la vie intra-utérine, les effets de ce mélange ont été nuls, aussi l'enfant était-il aussi bien développé que celui qui a survécu. Mais aussitôt après la naissance, les effets se sont fait sentir ; d'une part l'apport du sang dans les poumons a été diminué d'autant, d'où atélectasie de ces organes, de l'autre, le mélange de deux sangs a produit ces phénomènes de cyanose, que l'on a pu constater dès la naissance jusqu'au moment où l'enfant est mort asphyxié. M. Quenu, à propos de ce cas, a émis l'hypothèse que ce vice de conformation pouvait être dû au défaut de la fusion de la cloison du bulbe avec la cloison interventriculaire. L'idée est ingénieuse, elle sera, du reste, reproduite ultérieurement dans les bulletins.

34. Tumeur sacro-coccygienne congénitale (Tératologie); par P. Renault, interne des hôpitaux.

Le fœtus que j'ai l'honneur de présenter à la Société est né dans le service de M. le Dr Porak, à l'hôpital Saint-Louis, le 27 novembre 1884, et mort quelques instants après sa naissance.

C'est un enfant du sexe féminin, bien constitué, à terme, pesant 3,480 grammes, et présentant comme seule anomalie, une tumeur située au niveau de la région sacro-coccygienne. Cette tumeur a le volume d'une tête d'adulte ; naissant au bas de la région sacrée, elle ressemble à une énorme bourse dont l'ouverture, répondant à la région ano-périnéale, se continuerait en haut avec les téguments du dos, latéralement avec ceux des fesses, en avant avec ceux de la région sous-pubienne ; elle s'étend en effet jusqu'à la vulve, et l'orifice de l'anus se trouve situé à un centimètre en arrière, sur la paroi inférieure de la poche.

La tumeur paraît essentiellement constituée par un kyste qui s'est vidé au moment de l'accouchement ; si, par l'ouverture, on pousse avec précaution une injection d'eau, on parvient à rendre à la tumeur sa forme et presque son volume primitifs (il est nécessaire, pour cela, d'injecter deux litres de liquide). La tumeur prend alors une forme ovoïde, à petite extrémité, répondant au pédicule; elle mesure 20 centimètres dans le sens antéro-postérieur, 18 dans le diamètre vertical, et 8 dans tous les sens, au niveau du pédicule. (La tumeur, moulée en cire par M. Baretta, est déposée au musée de l'hôpital St-Louis.)

La paroi de la poche est formée par la peau qui, des parties voisines, se continue sur elle sans changement d'aspect ni de couleur ; mais, au niveau du fond de la poche,

la paroi est amincie. rosée, et même par places il semble qu'elle soit constituée seulement par un tissu mince, blanchâtre, analogue à celui qui forme l'enveloppe des hernies ombilicales congénitales ; c'est au niveau d'un de ces points, où la peau fait défaut, que la rupture s'est produite.

En incisant la tumeur, il s'écoule un liquide séro-sanguinolent plus ou moins coloré, et on voit que la dilatation est formée par un vaste kyste développé en arrière d'une tumeur qui semble faire corps avec le sacrum et le coccyx.

Les parois de cette poche sont cloisonnées, aréolaires, et contiennent des cavités secondaires communiquant, pour la plupart, avec la grande cavité. Elles présentent le même aspect : la surface interne est blanchâtre, lisse, polie, comme séreuse ; elle émet des prolongements, les uns volumineux, sous forme de colonnes ou de valvules, les autres filiformes, parcourant les kystes en divers sens.

Au niveau du pédicule de la tumeur, on arrive sur une masse molle, rougeâtre, mamelonnée ; à sa surface font saillie de petits kystes, du volume d'un pois ou d'une noisette, les uns contenant du liquide, les autres remplis par des tumeurs molles, myxomateuses. A la coupe, on voit que la consistance de cette tumeur augmente à mesure qu'on se rapproche des parties profondes. Elle contient bien encore des kystes, mais ceux-ci sont petits, à parois épaisses, et renferment une faible quantité de liquide filant. Le reste de la masse est formé par un tissu mou et rougeâtre par places, plus dur, blanc, et comme lardacé en d'autres endroits ; il donne au raclage un liquide abondant.

Enfin le scalpel rencontre, disséminées au milieu du néoplasme, des parties dures, cartilagineuses, et même en certains points osseuses. Ces parties dures, disséquées avec soin, ne nous ont pas présenté de forme déterminée permettant de les rapporter à des parties fœtales. Nous n'y avons pas trouvé d'autres productions anatomiques.

En étudiant les rapports de la colonne vertébrale avec la tumeur, on voit que celle-ci siège non seulement en arrière et au-dessous du coccyx, mais encore qu'elle comble presque entièrement le petit bassin. Il est probable que la tumeur s'est développée primitivement en avant du coccyx ; elle a rempli d'abord le petit bassin ; puis, refoulant en arrière l'extrémité inférieure de la colonne vertébrale, elle s'est montrée au bas de la région sacrée ; n'étant plus alors limitée que par la peau, elle a pu acquérir le volume considérable que l'on rencontre souvent dans les tumeurs de nature kystique. Le sacrum et le coccyx sont donc déviés, retroussés, pour ainsi dire ; mais la tumeur ne semble pas tenir à ces parties qui sont saines. Son point de départ reste obscur ; on pourrait peut-être supposer qu'il siège dans les ganglions sacrés ou dans la glande de Luschka (?). Tous les organes du fœtus ont été examinés et trouvés sains. Nous devons à l'obligeance de notre excellent collègue et ami Dubreuilh la note suivante sur la constitution histologique de la tumeur.

Les parois du kyste sont constituées par un tissu creusé d'innombrables cavités, de sorte que les coupes ressemblent à une fine dentelle. A l'examen microscopique, avec un faible grossissement, on voit que le tissu est formé de minces travées anastomosées, ondulées, ramifiées, circonscrivant une quantité innombrable de cavités irrégulières comme forme. mais assez régulières comme volume. D'autres parties de la tumeur sont constituées par des végétations arborescentes d'une extrême délicatesse.

Le tissu fondamental de ces travées est du tissu conjonctif, en général bien développé, et riche en éléments cellulaires ; mais, en certains points, on trouve du tissu fibreux ou du tissu conjonctif muqueux. Les parois des kystes, la surface des végétations, sont tapissées par un épithélium éminemment variable ; on peut y trouver tous les types. Le plus souvent, il est aplati ou cubique, et il est alors difficile à distinguer. D'autres fois, on trouve des cellules cylindriques simples sans plateau, ou des cellules cylindriques à cils vibratiles, ou des cellules caliciformes parfaitement développées. Enfin, en quelques points, on peut trouver un véritable épithélium pavimenteux formé d'un grand nombre de couches. Outre ce tissu, qui constitue la plus grande partie de la tumeur, on rencontre aussi des nodules cartilagineux de faible volume et des grains osseux. Certaines parties sont presque uniquement composées de tissu musculaire à fibres striées dont les faisceaux s'entre-croisent dans tous les sens. et sont séparés par du tissu graisseux et du tissu conjonctif parfois creusé de kystes. Les vaisseaux, assez volumineux. ont une paroi assez bien formée ; cependant leur endothélium est encore assez épais, comme dans les vaisseaux jeunes. En somme, cette tumeur, où se trouvent représentés les tissus les plus divers, mais tous très différenciés et assez élevés comme organisation, doit être rattachée au groupe de néoplasmes qui ont été décrits par Virchow sous le nom de tératômes.

Nous devons en outre noter quelques particularités cliniques : L'amnios était distendu par une grande quantité de liquide ; l'enfant s'est présenté par l'épaule : deux circonstances dues probablement au développement de la tumeur. La version n'a pu être terminée qu'après que des tractions énergiques ont pu produire la rupture de la poche. La femme, après la rupture de la poche des eaux et l'expulsion de l'enfant, a été prise d'une dyspnée comparable à celle qui suit l'évacuation trop rapide d'un épanchement ascitique.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 11 août 1885. — Présidence de M. Bergeron.

Election d'un membre correspondant national dans la première division (médecine). Sont présentés : en première ligne, M. Manouvriez (de Valenciennes) ; en deuxième ligne, M. de Ranse (de Néris) ; en troisième ligne, M. Maudon (de Limoges). Votants : 34 ; majorité : 18. Au premier tour de scrutin, M. Manouvriez est élu par 24 voix, contre 13 données à M. de Ranse.

M. Brouardel fait une communication sur le *choléra de Marseille*. Le premier décès par choléra est survenu chez un adulte et date du 25 juin. Depuis cette époque, il y a eu jusqu'au 3 août : 26 juin, 1 décès ; 13 juillet, 1 ; 14, 15 et 19 juillet, 1 ; 20 et 22 juillet, 2 ; 23 juillet, 1 ; 24 et 25 juillet, 3 ; 26 juillet, 2 ; 27 juillet, 4 ; 28 juillet, 8 : 29 juillet, 5 ; 30 juillet, 15 ; 31 juillet, 21 ; 1er août, 15 : 2 août, 17, et 3 août, 11. Tous les médecins de Marseille ont remarqué que, depuis deux ou trois mois, des troubles intestinaux caractérisés par de la diarrhée ont été très nombreux à Marseille. Les 2 et 3 août, la plupart des médecins de Marseille n'hésitaient pas à considérer l'épidémie actuelle comme de nature cholérique. MM. Brouardel et Proust restent convaincus, en effet, que l'épidémie actuelle se présente avec les caractères essentiels du choléra asiatique.

Les premières victimes ont été les individus affaiblis par la misère, l'alcoolisme, ou des maladies antérieures. Les premiers cas se sont montrés cette année dans les quartiers qui, l'an dernier, ont payé le plus large tribut à l'épidémie. Ils se trouvent circonscrits dans un espace limité par la Bourse et l'Hôtel-Dieu, l'Hôtel-de-Ville et le quai ouest du vieux port. Il ne semble pas qu'il y ait eu importation d'Espagne. MM. Brouardel et Proust ont visité intentionnellement les quartiers malsains de Marseille. Ils ont ainsi vu des groupes de maisons, de rues dans lesquelles les lois de la salubrité sont absolument méconnues. Les maisons sont hautes, les rues étroites ; dans quelques-unes on pratique les jetages au ruisseau de toutes les immondices de la maison. Dans quelques maisons, une tinette, placée dans une loge, plus souvent dans l'allée de la maison, est destinée à collecter les déjections. Les ruisseaux sont encombrés par des détritus de toute espèce. Le vieux Port et le réceptacle des égouts qui sillonnent la ville. Sur la rive Est du vieux Port se trouve une maison où logent 700 habitants. Cette maison possède deux escaliers; ici le jetage des immondices se fait dans la cage même de l'escalier. Derrière la mairie existe une école primaire de petites filles, établie dans une maison étroite et sombre, empestée

par l'odeur des cabinets d'aisances, mais empestée surtout par les émanations d'une cour sur laquelle s'ouvrent les fenêtres de l'immeuble. Dans d'autres quartiers de Marseille il existe une nouvelle cause d'insalubrité, ce sont les éponges, c'est-à-dire un amoncellement de cailloux roulés ou autres pierres; ces éponges ont 1m,50 à 2m de profondeur, sont établies dans les petits jardins, derrière les maisons ; elles reçoivent les eaux sales par des conduites en poterie partant des éviers.

Il est difficile de préciser les mesures à prendre pour remédier à cet état antisanitaire. Mais il en est deux qui s'imposent. La première est d'entourer le vieux Port par deux lignes d'égout, l'une desservant la ville haute, l'autre circonscrivant le vieux Port. La seconde mesure est d'ordre législatif. La municipalité de la ville se heurte à des impossibilités, lorsqu'elle veut faire pratiquer dans des propriétés privées les mesures d'assainissement les plus urgentes. La loi du 13 avril 1850 a autorisé les municipalités à créer des Commissions de logements insalubres ; mais les conditions de l'insalubrité y sont mal définies ; et il est possible aux propriétaires de différer l'exécution des mesures prescrites. Le comité consultatif a soumis à M. le Ministre un projet de loi reconstituant les services de l'hygiène. Dans ce projet, l'urgence des travaux de salubrité à exécuter en temps d'épidémie, est prévue. Cette urgence s'impose par cela même que la Commission des logements insalubres n'a cessé de fonctionner à Marseille, sans cependant aboutir à la réalisation des réformes demandées. Il conviendra également de provoquer, de la part de la municipalité de Marseille, l'étude prochaine d'un projet d'assainissement complet de la ville. En terminant sa remarquable communication, M. Brouardel formule un vœu et prie l'Académie de l'appuyer par un vote : « L'Académie émet le vœu que la réforme projetée de la la loi de 1850 sur les logements insalubres fasse disparaître les incertitudes qui, en permettant des délais indéfinis dans l'exécution des mesures prescrites, rendent cette loi inefficace, surtout en temps d'épidémie. »

M. Jules Guérin ne saurait qu'appuyer les termes dans lesquels M. Brouardel a conçu son rapport. A Marseille, le choléra confirmé, a encore une fois été précédé d'une série de dérangements intestinaux. Les premiers cas qui ont été considérés comme du choléra véritable, se sont manifestés sans qu'il y ait entre eux aucune liaison apparente, sans qu'il soit possible de les rattacher les uns aux autres. Quant aux causes de l'épidémie, elles résultent sans conteste des conditions hygiéniques mauvaises dans lesquelles se trouvent le vieux Port de Marseille et la darse de Toulon.

M. Le Roy de Méricourt estime qu'on fait jouer un rôle trop considérable aux matières fécales dans l'étiologie du choléra et fait remarquer que cette maladie sévit également en mer, sur des bâtiments, indemnes de la présence de ces matières. Il en est de même des îles, où le choléra ne s'est jamais produit spontanément, mais a toujours été importé par un bâtiment.

A. Josias.

REVUE DE CHIRURGIE [1]

IV. **Petit traité sur les hernies**; Pierre Franco. — Félix Alcan, éditeur, Paris, 1884.

V. **Du traitement chirurgical des néoplasmes mammaires**; par le Dr E. Valude. — Paris, Steinheil, lib. éd. 1885.

VI. **De la gastrostomie dans les rétrécissements non cancéreux de l'œsophage**; par le Dr M. Cohen. Thèse, Paris, 1885. — Delahaye et Lecrosnier, éditeurs.

VII. **Recherches sur les tumeurs mixtes des glandes salivaires**; par J. Perrochaud. Th., Paris, 1885. — A. Delahaye et Lecrosnier.

VIII. **Premiers pansements des fractures ouvertes**; par R. Largeau. — Thèse Paris, 1885. — Lecrosnier, libraire-éditeur.

IX. **De l'occlusion intestinale par la torsion de l'intestin**; par M. le Dr E. Lévêque. — Ollier-Henry, 14, Paris, 1885.

X. **Les accidents de l'organisme et leurs soins d'après une nouvelle méthode.—Les Andes**; par le Dr L. A. Paoli. — **Paris**, Octave Doin, 1884.

IV. *La Revue de chirurgie* a eu l'heureuse idée de rééditer cet opuscule exquis, tout à l'honneur de la vieille chirurgie française. M. le docteur L.-H. Petit, le très obligeant bibliothécaire de la Faculté, érudit par profession et par goût, a surveillé cette réimpression, c'est-à-dire qu'elle est d'une fidélité absolue. — Il n'est pas question que des hernies dans *ce mien petit labeur*, mais encore de la pierre en la vessie, de la cataracte, du bec de lièvre, de la manière d'extirper jambe ou bras, des luppies, etc., etc..., tout cela traité dans un style simple et naïf, plein d'honnêteté et de sincérité, qui en rend la lecture infiniment agréable.

V. La thèse de M. Valude est consacrée à l'étude des règles qui doivent être suivies dans le traitement des tumeurs du sein chez la femme. Élève de M. le professeur Verneuil, M. Valude défend les principes chirurgicaux de son traité. C'est un travail tout de pratique dans lequel l'auteur nous guide depuis l'*examen complet* du malade jusqu'à sa guérison en passant, s'il y a lieu, par les différents temps de l'opération; si bien que nous passons en revue et avec intérêt, car l'auteur a du style, la symptomatologie des tumeurs du sein, les indications et contre-indications de l'intervention et la technique opératoire; nous nous demandons si nous réunirons par première intention ou si nous ferons le pansement ouvert, etc., etc., nous discutons. Tous les cas qui peuvent se présenter dans la pratique sont passés en revue; quelque renseignement que l'on demande à cette thèse, elle nous le donne, et la réponse, signée d'un maître éminent, nous est transmise sous une forme claire, nette, persuasive.

VI. Travail consciencieux qui comprend une étude approfondie du manuel opératoire, des indications et contre-indications, des accidents de l'opération, et nous donne, avec de très nombreuses observations, un tableau statistique des gastrostomies faites pour rétrécissements non cancéreux de l'œsophage jusqu'au 10 octobre 1884.

VII. C'est une étude consciencieusement mais exclusivement histologique, basée sur l'examen de seize tumeurs déposées au laboratoire d'histologie de l'Ecole de Nantes. En fait, il est surtout question des tumeurs de la parotide (quatorze sur seize) et nous pouvons résumer ainsi les conclusions très absolues de l'auteur : les tumeurs les plus communes dans les glandes salivaires sont des tumeurs mixtes dans lesquelles l'élément connectif et l'élément épithélial jouent tous les deux un rôle important; — il n'est pas démontré qu'il puisse s'y développer des tumeurs purement épithéliales, épithéliomes ou carcinomes, ce qui est tout un ; — ces tumeurs mixtes paraissent se développer aux dépens de l'épithélium glandulaire qui, plus tard, est étouffé par l'élément connectif (cartilagineux, muqueux, fibreux, osseux, élastique); — quand les masses épithéliales restantes se mettent à proliférer, la tumeur prend les caractères d'un néoplasme malin ; — quand la partie conjonctive triomphe de la partie épithéliale, le néoplasme se comporte comme une tumeur bénigne. — Conséquence : il convient de toujours les enlever.

VIII. C'est une bonne description du pansement antiseptique des fractures ouvertes. Un deuxième chapitre traite de l'antiseptie primitive dans la chirurgie de la guerre. Le dernier est consacré à la description des meilleurs appareils pour l'immobilisation et la suspension des membres fracturés.

IX. M. Lévêque décrit une nouvelle variété d'étranglement de l'intestin grêle par *torsion* longitudinale sur son axe propre. Le mécanisme de cet étranglement par torsion est des plus compliqués : la condition nécessaire pour qu'il se produise est que la portion d'intestin soit naturellement ou accidentellement dépourvue de mésentère; il faut aussi que la torsion se fasse sur une certaine étendue et ait une certaine fixité. — Il n'existe qu'une observation de

(1) V. *Progrès méd.* n° 28, T. II, 1885.

ce mode d'étranglement, celle de l'auteur; encore faut-il dire que dans ce cas la torsion était le fait du passage d'une anse intestinale dans un trou de mésentère, si bien qu'il est fort difficile de distinguer ce qui appartient à l'étrangement par torsion des lésions de l'étranglement par l'anneau mésentérique.

X. Après de longues considérations sur l'étiologie des affections, les traumatismes, l'influence des milieux, les indications causales et curatives, etc., etc., l'auteur décrit le pansement qu'il a adopté et dont la pièce principale est le feutre glycéro-camphré. Suivent nombre d'observations qui témoignent de son efficacité. — La deuxième partie, *les Andes*, contient d'intéressantes études sur le sol, le climat, les maladies, etc. — L'ouvrage sera lu avec intérêt par les médecins appelés à exercer dans cette région. Paul POIRIER.

BIBLIOGRAPHIE

La ruminazione nella specie umana; per il dott. GUGLIELMO CANTARANO (*La psichiatria, la neuropatologia et le scienze affini*, fasc. 3 et 4, Naples, 1885).

Ce travail qui renferme neuf observations nouvelles de mérycoles dont 4 idiots. 2 imbéciles, 3 déments, reproduit en grande partie, pour l'histoire ou la symptomatologie, ce que nous avons dit du mérycisme dans la monographie que nous avons publiée, avec M. Bourneville, dans les *Archives de neurologie*. Nous regretterons avec l'auteur qu'il n'ait pu se procurer plus de renseignements sur les antécédents de ses malades; ses observations n'en sont pas moins instructives à plus d'un point de vue.

On voit de suite, dès les premières pages du travail, sous quel jour l'auteur va envisager son sujet,lorsqu'il dit préférer au vocable mérycisme celui de rumination, parce que ce fait observé chez l'homme peut fournir au naturaliste un nouvel argument sur la similitude des fonctions de retour, entre une espèce supérieure et les espèces inférieures.

Dans notre définition du mérycisme qui est la suivante : le mérycisme consiste en ce que, au bout d'un temps plus ou moins long après le repas, les aliments remontent à la bouche sans efforts et presque toujours sans nausées pour être soumis à une nouvelle mastication, à une nouvelle insalivation et à une digestion ultérieure, M. Cantarano n'admet pas les derniers mots, digestion *ultérieure*, qui lui paraissent signifier que cette digestion a quelque chose de différent de la digestion commencée avant l'acte de la rumination. Il nous semble que c'est un peu jouer sur les mots; nous savons fort bien qu'il n'y a pas là deux sortes de digestions, mais bien une seule dans laquelle est compris et pour laquelle se fait le mérycisme. C'était en prévoyant cette objection que nous n'avions plus dit dans notre définition nouvelle digestion, comme nous avions dit nouvelle insalivation, mais bien digestion ultérieure, voulant indiquer par là le but final du mérycisme et le différencier ainsi déjà du vomissement.

Pour ne point nous exposer à des redites, nous ne nous arrêterons dans cette analyse que sur les points particuliers du travail ou sur ceux dans lesquels les vues de l'auteur sont en désaccord avec les nôtres. Comme nous, M. Cantarano constate la plus grande fréquence de la rumination chez l'homme; mais la conclusion qu'il en tire nous parait un peu risquée; comme à l'aspect physique, dit-il, on pourrait donner l'attribut *esthétique* aux fonctions et l'on pourrait dire, que la moindre fréquence de cette perversion des fonctions digestives chez la femme maintient en elle la supériorité du *beau*. L'explication de la nature et de la pathogénie de la rumination nous semble très intéressante et fort rationnelle au moins dans l'état actuel de la science. Comme nous, l'auteur en fait une névrose de la digestion admettant, d'après des faits analogues qui se passent dans l'hystérie, un trouble nerveux fonctionnel retentissant sur les muscles involontaires pour en abolir, exagérer ou pervertir les fonctions. Etant donné l'état spécial des centres nerveux chez les idiots et les imbéciles, on pourrait admettre qu'en vertu d'une irritation artificielle, il se produise sur l'estomac par la voie du pneumogastrique une excitation plus forte. Le contenu stomacal plus énergiquement remué ne peut franchir le pylore qui ne s'ouvre que devant des substances presque fluides; alors trouvant dans le cardia une moindre résistance il s'y insinue, aidé par la contraction plus ou moins apparente des muscles abdominaux et par l'abaissement du diaphragme.

Telles sont, d'après l'auteur, les causes possibles des premières régurgitations avant que la rumination soit établie, et c'est là, ajoute-t-il, le vrai point de passage entre la régurgitation exceptionnelle involontaire de gaz, ou de gaz et de bouillie gastrique à laquelle tout le monde peut être sujet surtout au cours d'une digestion laborieuse et la régurgitation habituelle, voulue, du mérycole. C'est ainsi que l'on reste dans la règle des faits biologiques qui ne procèdent pas par bonds mais qui tous sont enchaînés. Etant donné l'état mental particulier des idiots, le développement presque exclusif chez eux du sens de la faim, le plaisir qu'ils éprouvent à se gaver de nourriture pouvant les mener jusqu'à la salacité, tout cela fait qu'ils s'abandonnent à tout ce qui peut satisfaire ce penchant. Aussi quand le contenu de l'estomac remonte à la bouche ne le rejettent-ils pas, mais le remâchent-ils et l'ingèrent-ils de nouveau, parce qu'ils y trouvent du plaisir. Rejeter avec dégoût ce qui vient de l'estomac suppose déjà un degré plus développé des facultés mentales; l'idiot, lui, sacrifiant tout au sens de la faim, toujours prédominant et sans contrôle, apprend peu à peu à se donner des éructations et accomplit volontairement ces actes, au début peut-être inconscients. Les symptômes observés chez les mérycoles sont les mêmes que ceux que nous avons recueillis chez nos malades de Bicêtre. Parmi eux, M. Cantarano refuse aux altérations du système dentaire une grande importance étiologique qu'il accorde à la voracité. Nous ferons simplement remarquer que l'une peut être la cause de l'autre, et qu'un malade qui aura des dents défectueuses ou sensibles avalera plus gloutonnement pour s'éviter les efforts ou les douleurs d'une mastication complète.

Un point particulier relevé dans les observations de ce mémoire est la fréquence de la diarrhée chez les mérycoles, et cette sorte de prédisposition spéciale a sans doute été cause que dans la dernière épidémie cholérique quatre des mérycoles en observation ont succombé.

Quant au mécanisme du mérycisme, M. Cantarano est d'accord avec nous, sauf sur un seul point, l'appel d'air initial dans l'estomac, qu'il n'a pas rencontré chez ses malades et qu'il ne peut s'expliquer physiologiquement. Quant à nous, nous avons observé presque toujours et très manifestement surtout chez un de nos malades, qu'à ce moment il faisait un appel d'air immédiatement suivi d'un mouvement très apparent de déglutition; que cet air soit ou non capable de provoquer à lui seul un réflexe de déglutition, c'est là un point que nous ne discuterons pas. Mais ce réflexe en tout cas peut être déterminé par un peu de salive, par une particule quelconque, qui favorise alors en même temps l'entrée dans l'estomac de l'air appelé dans la cavité buccale. Nous avons eu d'ailleurs l'occasion d'observer une malade démente, non mérycole, qui avait une sorte de tic consistant en éructations répétées et qu'elle provoquait plusieurs fois de suite par des appels successifs d'air ne s'accompagnant pas de mouvements d'inspiration mais bien de déglutition. D'ailleurs, quand même ce fait serait inadmissible à l'état normal, pourquoi M. Cantarano qui veut bien admettre chez ses mérycoles, en égard à leur état cérébral, des excitations particulières dans le domaine du pneumo-gastrique produisant le mérycisme, pourquoi, dis-je. n'admettrait-il pas là une excitation du même genre portant sur les nerfs qui président au réflexe de la déglutition. De même que s'il admet que l'idiot met en jeu pour satisfaire le sens de la faim et apprend peu à peu, comme il le dit, à se donner des éructa-

tions, pourquoi alors le même idiot n'avalerait-il pas volontairement de l'air s'il sent que cette manœuvre favorise chez lui l'acte du mérycisme ?

Faut-il traiter le mérycisme? A cette question, l'auteur répond que, chez les gens sains d'esprit, il chercherait à le faire disparaître par la volonté, parce que dans l'espèce humaine il est un signe de dégénérescence. Quand même la santé s'en ressentirait dans les premiers temps, il faudrait faire comme pour les morphinomanes et insister.

En somme, la conclusion du travail résume bien les idées particulières de l'auteur et montre surtout à quel point de vue il considère le mérycisme, qui est l'expression d'un fait fonctionnel de retour, qui rapproche par un côté l'individu d'une espèce zoologique inférieure et se retrouve plus fréquemment, pour la confirmation de la théorie, chez les individus de l'espèce plus élevée au point de vue intellectuel chez lesquels l'intelligence fait presque défaut. J. SEGLAS.

VARIA

Le choléra.

Marseille. — Des quarantaines sont imposées à Alger, en Italie, à Gibraltar, en Grèce, à Alexandrie, aux provenances de Marseille. — L'hôpital du Pharo est ouvert. Le camp du Rouet est évacué par le 40e de ligne. Il y a eu cette semaine de 30 à 35 décès cholériques par jour. Voici le détail : 6 août, 26 ; — 7 août, 30 ; — 8 août, 26 ; 10 août, 35 ; — 11 août, 39 ; — 12 août, 12.

Oran. — Quatre cas de choléra, dont un suivi de décès, ont été constatés à bord d'un vapeur anglais en quarantaine à Mers-el-Kébir.

Angleterre. — Le 1er août, un cas de choléra suivi de décès, a été constaté à Exham (Comté de Northumberland).

Espagne. — L'épidémie est toujours formidable. Voici un aperçu des chiffres de cette semaine :

	6 AOUT.		7 AOUT.		8 AOUT.		11 AOUT.	
PROVINCES :	*Cas.*	*Décès.*	*Cas.*	*Décès.*	*Cas.*	*Décès.*	*Cas.*	*Décès.*
Alicante. . .	»	»	183	78	162	76	83	93
Badajoz . . .	»	»	10	9	9	4	6	3
Jaén	96	56	50	35	65	43	191	61
Murcie. . . .	»	»	224	85	191	61	180	62
Tarragone. .	»	»	»	»	82	40	»	»
Albacète. . .	278	52	274	107	307	109	212	81
Grenade. . .	»	»	583	257	604	279	728	313
Saragosse . .	940	293	1166	305	1042	346	902	369
Castellon . .	»	»	377	95	338	108	348	78
Cuença. . . .	»	»	124	60	122	68	249	53
Teruel. . . .	609	212	472	175	484	187	538	138
Cordoue. . .	20	9	49	26	47	3	43	20
Soria	»	»	41	47	37	7	39	7
Valladolid. .	»	»	»	»	54	15	«	»
Navarre. . .	»	»	268	74	305	64	304	102
Almeria . . .	»	»	41	39	88	39	97	30
Tolède. . . .	231	86	241	92	»	»	»	»
Valence . . .	204	95	251	98	»	»	206	73
Ségovie. . .	»	»	20	10	»	»	68	30
Zamore . . .	129	43	114	51	»	»	»	»
Provinces récemment envahies :								
Lérida							37	47
Gérone.							70	18
Palencia							22	29
Huesca.							91	23
Ciudad-Real.							32	47
Burgos.							11	5
Guadalajara							28	9
Malaga.							60	20

Madrid (Ville) : 5 août : 37 cas, 25 décès ; — 6 août : 33 c., 31 d. ; — 7 août : 37 c., 24 d. ; — 8 août : 28 c., 15 d. ; — 10 août : 40 c., 15 d. ; — 11 août : 35 c., 19 d.

D'après *El Siglo medico* il y a eu, depuis le commencement de l'épidémie jusqu'au 31 juillet inclus, 114,714 cas de choléra et 34,003 décès.

Gibraltar. — Un cas de choléra le 10 août. Les autorités espagnoles ont fait placer immédiatement un cordon sanitaire (!!).

Italie. — Rien jusqu'à présent. — Le 9 août un voyageur a été pris du cholera dans le train express de Marseille à Gênes. Le wagon a été détaché et laissé dans la gare de Veltri. L'Italie a délégué en Espagne M. le Dr RANSMO, chargé d'étudier l'épidémie.

Asie. — D'après des renseignements dignes de foi, le choléra serait à Hérat et dans les troupes russes qui entourent Pendjet (*Semaine médicale*). — Une délégation russe, composée des Drs MANASSEIN, RAPTASCHWSKI et KARLOW, est chargée d'aller étudier le choléra en Espagne.

Le choléra a éclaté à Karashi et Samarkand. Il est également au Tonkin depuis les premiers jours d'août.

Une opération chirurgicale.

Le Dr Labbé a pratiqué, en 1881, sur une dame G..., une des plus graves opérations de la chirurgie, l'ovariotomie. Il avait fixé à 1,500 francs ses honoraires, en tenant compte de la situation pécuniaire de la malade qui, d'ailleurs, a succombé. En 1883, il a réclamé cette somme au mari, et en même temps aux neveux, légataires universels de sa cliente. Mais ceux-ci ont refusé de payer, prétendant qu'ils ne devaient rien au chirurgien avec lequel ils n'avaient jamais traité, et lui opposant la prescription.

Au nom du Dr Labbé, Me Liouville, avocat, a insisté devant le tribunal pour que le chiffre convenu, selon lui, et d'ailleurs très modéré, des honoraires, ne subît pas de réduction.

Me Forni, avocat des défendeurs, sans insister sur le moyen de prescription, a soutenu que l'opération, faite dans une maison de santé, avait été pratiquée non seulement en dehors de tout consentement du mari, mais encore malgré son opposition, et que, d'autre part, ni lui ni les neveux de Mme G..., n'étaient en position de payer les honoraires demandés.

Le tribunal (6e chambre), s'appuyant principalement sur une lettre de M. G..., qui reconnaissait sa dette, a condamné les défendeurs à payer au Dr Labbé les 1,500 francs qu'il réclame.

(*Le Temps*).

Le Jardin botanique de Bruxelles et le Jardin des Plantes de Paris.

Nous empruntons à une correspondance du *Temps* (7 août), l'appréciation suivante :

« J'étais, tout à l'heure, dans le jardin botanique, écrit le correspondant. Il y a là des plantes rares, des arbustes précieux, des serres superbes. Mais ce n'est point ce qui m'a surtout frappé. Notre Jardin des Plantes est fort bien entretenu, quoique avec moins d'intelligence que le jardin botanique belge, où, par exemple, on groupe — comme en un décor plein de *couleur locale* — toutes les plantes alpines sur des rochers où fleurettes, mousses et lichens poussent, en effet, comme sur une Alpe minuscule. Ce qui est à noter, à applaudir — à imiter — c'est l'ingéniosité avec laquelle on apprend au passant, au promeneur, à l'ignorant, à l'enfant, au premier venu, en quel lieu du monde pousse la plante qu'il a sous les yeux. »

Autopsie proprement dite (1).

EXAMEN DE LA MOELLE.

Ouverture du canal rachidien. — Après avoir couché le cadavre sur sa face antérieure et soulevé l'abdomen et le cou au moyen de billots, on pratique, au niveau des apophyses épineuses, une longue incision allant de l'occipital aux dernières vertèbres lombaires, puis la peau rabattue de chaque côté, on détache à droite et à gauche des apophyses épineuses toute la masse musculaire par deux incisions longitudinales. Les muscles saisis de la main gauche, on complete leur détachement des lames vertébrales par des incisions complémentaires de dedans en dehors. On note les altérations siégeant soit dans les parties molles, soit dans les vertèbres (ecchymoses, abcès, déformations, fractures, luxations, spina-bifida).

Les parties molles détachées, il s'agit d'ouvrir le *canal rachidien.* A cet effet on sectionne les lames vertébrales de chaque côté des apophyses épineuses, au moyen du rachitome d'Amussat et du marteau ou à l'aide de la scie-rachitome double. On peut encore faire usage soit d'un ciseau, soit d'une scie-rachitome simple ou même de la scie ordinaire. En tout cas, il faut prendre garde de ne léser ni les méninges ni la moelle. On enlève ensuite par traction, avec le crochet du marteau, la partie médiane qui n'adhère plus que faiblement

(1) Extrait d'un *Manuel de technique d'autopsie*, par Bourneville et Bricon. Voir *Progrès médical*, nos 41, 44, 46, 47, 48, 50, et 52 (Année 1884), et nos 3, 4, 5, 7, 11, 12, 13, 25, 26, 37, 28, 29 et 32 (Année 1885).

aux parties sous-jacentes. Si, en quelque point, la section est incomplète, on la complète.

Dans les premiers mois de la vie, l'ouverture du canal rachidien peut se pratiquer au moyen de forts ciseaux introduits entre deux lames vertébrales.

La paroi postérieure du rachis détachée, on met à découvert la dure-mère spinale dont on apprécie l'épaisseur, le degré de tension, la coloration ; elle peut être recouverte de sang, de pus, englobée dans des foyers caséeux, etc. Tout en faisant cet examen, on enlève avec la pince de Liston les arêtes tranchantes des bords de la section.

Pour achever l'opération, on peut recourir à deux procédés :

1° Après avoir sectionné transversalement la queue de cheval et apprécié la quantité et la nature du liquide qui s'écoule, on saisit de la main gauche l'extrémité supérieure et on l'attire en haut, vers la tête, en la repliant ou la tordant le moins possible, et on coupe les racines nerveuses, dont on constate les altérations, à mesure qu'elles se présentent jusqu'à la section supérieure ou bulbaire. Les altérations des racines, s'il y a lieu, ont été notées durant l'ablation. La moelle retirée, on incise longitudinalement avec les ciseaux la dure-mère sur une des faces ; après avoir constaté l'état de sa face interne, celui de la pie-mère, et de la face externe de la moelle (coloration, consistance, etc.), on pratique sur cette dernière un certain nombre de coupes transversales plus ou moins distantes les unes des autres, selon que l'on doit ultérieurement procéder ou non à un examen histologique. Sur la surface de chaque section on examine la coloration, la transparence des différentes parties (cordons et racines), l'inégalité de cette surface, l'atrophie des cordons ou racines, etc. (1), l'état du canal épendymaire.

2° Le deuxième procédé consiste à ouvrir la dure-mère sur place, en faisant une incision longitudinale sur sa face postérieure ; à enlever ensuite la moelle de la façon que nous avons décrite, en laissant la dure-mère adhérente aux parois du canal.

Il est bon, en terminant, d'examiner le canal vertébral et de s'assurer s'il offre ou non des déformations ou des altérations (exostoses, carie, luxations, fractures, etc.).

Dans les autopsies de ville on ne peut, le plus souvent, procéder à l'enlèvement de la moelle ; si toutefois l'on s'y décidait, il faudrait pratiquer l'examen de la moelle avant celui du thorax et de l'abdomen et recoudre les bords de l'incision avec le plus grand soin après avoir bourré le canal rachidien de ouate bien tassée.

Dans certains cas on peut essayer d'opérer l'enlèvement de la moelle par la partie antérieure après l'examen des organes thoraciques et abdominaux ; la section du corps des vertèbres se fait assez bien avec le rachitome d'Amussat placé de chaque côté en avant de l'articulation costale. Cette manœuvre praticable pour les vertèbres dorsales ne peut être utilisée pour les vertèbres cervicales qu'il faudrait essayer de sectionner, soit avec les cisailles de Hirschfeld, soit avec une pince de Liston. L'enlèvement pratiqué de cette façon est, en tous cas, long et pénible, et nécessite l'éloignement de la famille que les coups de marteau appliqués violemment pour cette section pourraient impressionner.

EXAMEN EXTERNE.

Avant de pratiquer l'autopsie il importe de faire un *examen général* de la surface du corps. On commence par mesurer et peser le cadavre ; puis on décrit *sa structure* (rachitisme), l'architecture générale du corps (rachitisme, mal de Pott, déformations, etc.), si cela n'a pas été fait durant la vie, et dans ce cas, on relève les modifications survenues depuis le premier examen. Puis, on note : 1° l'*état général de la nutrition* (atrophie du pannicule adipeux, des muscles) ; l'aspect de la peau (coloration : taches cadavériques, ictère, pigmentation, élasticité, etc) ; la *rigidité cadavérique* plus ou moins prononcée, la différence qui existe entre les deux côtés du corps (apoplexie cérébrale, etc) (1).

Cette inspection générale est suivie de l'examen de chaque région ; il est nécessaire, pour ne rien oublier, de le faire dans un ordre méthodique, en commençant par la tête pour finir par les extrémités. Pour chacune des régions on note les altérations de la peau, les déformations, déplacements, les anomalies, et l'on procède d'une façon semblable à celle du clinicien qui prend l'*état actuel* du malade ; c'est, en effet, un véritable état actuel prend l'anatomo-pathologiste, avant de procéder à l'autopsie proprement dite. Cet examen préalable peut souvent lui fournir des indications utiles et lui permettre parfois de soupçonner les lésions qu'il rencontrera plus tard dans les organes internes.

Lors de l'*examen de la tête* on dictera non seulement les altérations et l'état du cuir chevelu et des différentes parties de la face, mais encore la forme générale du crâne, l'existence et l'état des fontanelles, des conjonctives (ictère), le chevauchement des os du crâne, l'état de la cornée, de la pupille, des orifices, par lesquels il peut s'écouler des liquides divers en plus ou moins grande quantité, la coloration de la muqueuse des lèvres, du nez, etc. La bouche sera ouverte, et les dents, le palais, la langue (cicatrices, coloration, situation, etc), examinées soigneusement L'index de la main droite introduit jusqu'au larynx permettra de sentir quelque corps étranger.

On notera : 1° au *cou*, la dilatation des vaisseaux, l'état des ganglions ; — 2° au *thorax*, la conformation (aplatissement, dilatation générale ou partielle, longueur, etc.) ; — 3° à l'*abdomen*, les vergetures, les déformations, les hernies, l'état du cordon ombilical (chez le fœtus et le nouveau né) ; — 4° aux *membres*, les cicatrices (vaccin, etc.), les déformations, les malformations, les varices, les ulcères, etc.

Dans l'*examen de la peau* il faut s'attacher à décrire aussi exactement que possible les pétéchies, ecchymoses, cicatrices, les différentes éruptions dont elle peut être le siège (herpès, psoriasis, pemphigus, impétigo, érysipèle, variole, etc), les ulcérations, les escharres, etc. — Les *ganglions* doivent être recherchés même quand l'examen externe n'a pu révéler l'existence de plaies ou de tumeurs diverses en un point quelconque de la périphérie A l'examen externe appartient celui de l'*anus* (hémorrhoïdes, etc), et des organes génitaux externes (vulve, pénis et testicules (position). Enfin, chez la femme il sera utile de pratiquer le toucher.

(1) Il faut éviter de prendre pour des altérations pathologiques les ramollissements produits accidentellement pendant l'enlèvement, soit par le marteau, soit par des pressions ou tiraillements trop brusques.

(1) L'examen externe acquiert une très grande importance en médecine légale, les moindres détails, même en apparence insignifiants, doivent être relevés avec soin ; nous renvoyons aux traités de médecine légale, où les lecteurs trouveront des renseignements sur la position du cadavre, les différentes colorations à la suite des intoxications, les signes de la mort, de la putréfaction, les déformations professionnelles, etc., tous sujets qui ne rentrent pas dans le cadre de ce manuel consacré à la technique des autopsies ordinaires.

Un fou assommé.

Sous ce titre, on lit dans le *Cri du peuple* en date du 14 aout 1885 : « L'hôpital de Bicêtre a été, lundi dernier, le théatre d'un attentat abominable Un fou a été aux trois quarts assommé par un gardien.

« La victime se nomme Louis Gébert, agé de 28 ans, épileptique, pensionnaire de l'hospice depuis trois ans. Classé dans la 5e section à la 1re division, il est employé comme blanchisseur.

« Il avait obtenu dimanche une permission de quarante-huit heures. Lundi soir, il rentra à l'hospice, en compagnie de son beau-frère nommé Jules Leroy. Un gardien, sans aucune provocation, se précipita sur lui et le frappa si violemment à la tête d'un bâton, que le sang coula et que le malheureux s'affaissa.

« Leroy appela au secours. Plusieurs gardiens accoururent, dont un galonné, mais ce fut pour intimer à Leroy l'ordre de f... le camp. Pendant ce temps le gardien continuait à frapper sur le malheureux Gébert. Celui-ci est peut-être mort à l'heure qu'il est. Nous réclamons une enquête et le chatiment exemplaire des coupables. »

D'après nos renseignements, ce récit est inexact. Le malade en question avait été envoyé en congé pour deux jours. Il a été ramené par son frère, le lundi soir : tous deux étaient en état d'ivresse. Au lieu de se rendre directement à la 5e section, ils

sont allés dans la cour des ateliers et sont entrés chez le couvreur, s'y sont installés comme chez eux. La femme du couvreur demandant des explications, le malade — que rien ne faisait reconnaître, car il n'avait pas les vêtements de la maison, — s'est jeté sur elle; le couvreur a voulu défendre sa femme; il a été battu, puis le malade s'est jeté de nouveau sur la femme, l'a précipitée par terre, essayant de l'étrangler, et blessée à la tête. C'est alors qu'il a été, lui-même, blessé par le mari.

Le bruit de cette scène a attiré plusieurs personnes, entre autres le surveillant de la section, qui a reconnu son malade et l'a fait réintégrer dans sa section. Le lendemain, Gébert, revenu à lui, voulait aller travailler, ce qui indique combien ses blessures étaient légères; il a insisté craignant la visite et les reproches du médecin. Voilà les faits. On voit combien ils sont exagérés. On voit aussi qu'il n'y a pas eu de sévices de la part d'un infirmier; qu'il y a eu un cas de légitime défense de la part de personnes dont on violait le domicile et ignorant à qui elles avaient affaire. On peut regretter seulement que le concierge, voyant ramener un malade ivre par un parent ivre, n'ait pas renvoyé celui-ci et fait conduire le malade par un de ses aides.

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 2 août au samedi 8 août 1885, les naissances ont été au nombre de 879, se décomposant ainsi: *Sexe masculin*: légitimes, 410, illégitimes, 174. Total, 584. — *Sexe féminin*: légitimes, 569; illégitimes, 156. Total, 625

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1881; 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 2 août au samedi 8 août 1885, les décès ont été au nombre de 884, savoir: 483 hommes et 401 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes: Fièvre typhoïde: M. 16 F. 17. T. 33. Variole: M. 4 F. 0 T. 2. — Rougeole. M. 5, F. 7. T. 12. — Scarlatine: M. 2 F. 3 T. 7. - Coqueluche: M. 2, F. 3 T. 5. — Diphthérie, Croup. M. 12 F. 11, T. 23. — Dyssenterie: M 0. F. 0, T. 0. — Erysipèle: M. 1, F. 0, T. 1. — Infections puerpérales: 3 — Autres affections épidémiques: M. .. F. ., T. .. — Méningite tuberculeuse et aiguë M. 19 F. 20. T. 39 — Phthisie pulmonaire: M. 99, F. 60 T. 159. — Autres tuberculoses: M. 13, F. 11. T. 24. — Autres affections générales: M. 28, F. 33 T. 61. — Malformations et débilité des âges extrêmes: M. 13, F. 26, T. 39 — Bronchite aiguë: M. 2, F. 6, T. 8. — Pneumonie: M. 20, F. 22, T. 42. — Athrepsie: M. 84, F. 65. T. 149. — Autres maladies des divers appareils: M. 128, F. 96, T. 224. — Après traumatisme: M. ., F. ., T. .. — Morts violentes: M. 23, F. 8. T. 31. — Causes non classées M 9, F. 7, T. 16.

Mort-nés et morts avant leur inscription: 88 qui se décomposent ainsi: *Sexe masculin*: légitimes, 41; illégitimes, 14. Total: 55. — *Sexe féminin*: légitimes, 18; illégitimes, 15. Total: 33.

Faculté de médecine de Nancy. — Voici la liste des lauréats pour l'année scolaire 1884-85: 1re année: prix, M. Friant; mention honorable, MM. Riche et Legrain; — 2e et 3e années: prix d'anatomie et de physiologie, M. Eugène Licht; — 4e année: M. Ruotte. — Prix de l'internat (fondé par le Dr Bénit): M. Beauquel; mention honorable, M. Haushalter.

— Par arrêté en date du 8 août, la chaire de chimie de la Faculté de médecine de Nancy est déclarée vacante. Un délai de vingt jours est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

Bureaux de bienfaisance. — Le jeudi 20 aout prochain, il sera procédé, dans une des salles de la mairie du XIVe arrondissement, à l'élection d'un médecin du bureau de bienfaisance.

Hôpitaux de Lyon. — Le lundi 12 octobre 1885, il sera ouvert un concours pour douze places d'élèves internes et un nombre d'élèves internes provisoires à déterminer au moment du concours, appelés à faire le service de médecine et de chirurgie dans les hôpitaux de Lyon. Le 27 octobre, il sera ouvert un concours pour la nomination d'élèves externes dont le nombre sera fixé, d'après les besoins du service au moment de l'ouverture du concours.

Ecole de médecine de Besançon. — M. Heitz, externe des hôpitaux de Paris, est nommé après concours, chef de clinique de l'hôpital Saint-Jacques.

Ecole de médecine de Lille. — M. le Dr Jules Voituriez a été nommé, après concours, chef de clinique chirurgicale.

Hopitaux de Lille. — Un concours aura lieu le 27 octobre pour deux places d'internes titulaires et deux places d'internes suppléants en médecine et en chirurgie. Un concours pour une place d'interne titulaire et une place d'interne suppléant en obstétrique et gynécologie sera ouvert le 23 novembre.

Faculté de médecine de Montpellier. — Après concours, M. Guinié est nommé chef de clinique obstétricale et M. Saussol chef de clinique chirurgicale.

Médecins de l'état civil. — MM. les Drs Mangenot (Charles) et Joseph (Emile), sont nommés médecins de l'état civil du XIIIe arrondissement. M. le Dr Miguet (Frédéric), est nommé aux mêmes fonctions dans le XXe arrondissement.

Congrès de médecine publique. — Le *Congrès de médecine publique*, formant la sixième réunion générale annuelle du corps médical belge, sera tenu du 26 au 30 août prochain. à Anvers, à l'occasion de l'Exposition universelle. Question: Quelles sont, dans l'état actuel de la science épidémiologique, les mesures de prophylaxie internationale les plus pratiques à prendre, en Belgique spécialement, contre les maladies pestilentielles? La participation à l'Assemblée est gratuite. Pour l'admission comme membre au Congrès, adresser son adhésion au Secrétaire général de la Société royale de médecine publique de Belgique, rue du Gouvernement-Provisoire, 13, à Bruxelles.

Corps de santé militaire. — Ont été promus: au grade de médecin principal de 2e classe, M. Derazey (Fr. Amédée); — au grade de médecin-major de 1re classe, MM. Boucher (Léon-Jean-Baptiste); Cordier (Alphonse); Granjux (Adrien-Pierre-Léon); au grade de médecin-major de 2e classe: MM. Pascal (Ch.-Ant.-Jules); Grognot (Paul-Alexandre); Namin (Jules-Léon).

Service de santé au Tonkin. — MM. Haas, médecin-major de 1re classe, Souris, médecin-major de 2e classe, Petit, médecin aide-major de 1re classe, Riser, pharmacien aide-major de 1re classe, ont été désignés pour le corps du Tonkin.

Nouveaux journaux. — Nous recevons de Lima le « *Monitor medico* » organe bi-mensuel publié sous les auspices de l'Académie libre de Lima et dirigé par le Dr José Casimir Ulloa.

Nécrologie. — M. le Dr Girard, médecin stagiaire au Val-de-Grâce. — Le Dr Guichard de Choisity, médecin en chef des hôpitaux de Marseille, décédé à l'âge de 41 ans. — Le Dr G. Restellini, premier chirurgien de l'hôpital-majeur de Milan et professeur de clinique chirurgicale au même hôpital. — Les Drs Nouvel (de Flers); — Wolters (de Constantine). — Le professeur O. Berger (de Breslau). — J. B. Soresina, qui avait fondé en 1866 le *Journal italien des maladies vénériennes et cutanées*, vient de s'éteindre à l'âge de plus de 82 ans. Soresina créa aussi, en 1869, une *Revue italienne de médecine, de chirurgie* et *de thérapeutique*, qui s'est fondue depuis avec les *Annali universali* du professeur A. Corradi. (*Gaz. méd. de Paris*).

Dr Goldschmidt. — Madère, station d'hiver; 1 volume in-8, prix: 2 francs, en vente chez A. Delahaye et Emile Lecrosnier, place de l'Ecole-de-Médecine, à Paris.

Un docteur de Paris désire s'adjoindre à un confrère de Paris pour reprendre ensuite sa clientèle, surtout s'il traite des affections nerveuses.

Chronique des hôpitaux.

Hospice de Bicêtre. — Maladies mentales: M. Charpentier, le *mercredi* à 8 heures 1/2. — *Maladies nerveuses des enfants, épilepsie*: M. Bourneville, le *samedi* à 9 heures 1/2.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Publications du Progrès médical.

Bonnaire (E.). — **Recherches anatomiques et anatomo-pathologiques sur le broiement de la tête fœtale avec quelques considérations particulières sur le mode d'action du basiotribe TARNIER.** — Vol. in-8 de 196 pages, avec 6 figures et 4 planches hors texte. — Prix: 4 fr. — Pour nos abonnés . . . . 2 fr. 75 c.

Librairie J.-B. BAILLIÈRE et Fils, 19, rue Hautefeuille.

Gellé. — Précis des maladies de l'oreille, comprenant: l'anatomie, la pathologie, la thérapeutique, la prothèse, l'hygiène, la médecine légale, la surdité, la surdi-mutité et les maladies du pharynx et des fosses nasales, 1885. — 1 vol. in-18 de 708 pages, avec 157 figures dans le texte. — Prix: 9 fr.

Lowenthal (Wm). — De l'Enseignement de l'hygiène dans les facultés. Conférence d'inauguration faite à Lausanne, le 22 avril 1885. Broch. in-8 de 32 pages. — Prix: 1 fr.

13e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. II. N° 34. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 22 AOUT 1885.

Le Progrès Médical

CLINIQUE DES MALADIES NERVEUSES

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. CHARCOT.

Sur deux cas de monoplégie brachiale hystérique, de cause traumatique, chez l'homme (1);

Leçon recueillie par M. MARIE, chef de clinique, et G. GUINON, interne du service.

Messieurs,

La leçon d'aujourd'hui sera consacrée à l'étude clinique d'un cas de monoplégie brachiale droite, survenue il y a quelques mois chez un homme de 25 ans, à la suite d'une chute sur l'épaule, monoplégie qui présente pour le diagnostic des difficultés très sérieuses. Ces difficultés, Messieurs, je ne les exagère pas à plaisir, et pour vous bien montrer qu'elles existent réellement, il me suffira de vous renvoyer à la discussion dont le malade présenté par mon collègue, M. Troisier, a été l'objet à la la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du 27 mars dernier; vous verrez là que les opinions émises par nos collègues, MM. Féréol, Déjerine, Rendu et Joffroy, à propos de la nature de cette monoplégie, qu'ils ont tous étudiée avec soin, sont sur plusieurs points très divergentes.

M. Troisier a bien voulu, et je suis heureux de l'en remercier, me confier ce malade, dont l'histoire, je n'en doute pas, après ce que je viens de vous dire, excitera vivement votre intérêt.

Ne vous laissez pas rebuter, Messieurs, par la minutie des détails dans lesquels nous allons entrer à propos de l'analyse de ce cas; parmi eux, il n'en est peut-être pas un seul qui, à un moment donné, ne puisse trouver son application pratique.

Il s'agit d'un homme de 25 ans, nommé Porcen..., exerçant la profession de cocher de fiacre et qui est entré dans le service de la clinique le 15 avril dernier. L'affection remonte à plus de quatre mois et ne s'est pas du tout modifiée depuis son début, elle est, comme je vous l'ai déjà dit, survenue à la suite d'un accident; mais avant d'entrer dans le détail, il est bon que je vous dise quelques mots des antécédents de ce malade.

Sa mère est morte à 59 ans d'une maladie de foie; elle était fort nerveuse; P... se souvient de l'avoir vue plusieurs fois, à la suite d'une contrariété, être prise d'attaques dans lesquelles elle s'affaissait sur elle-même et perdait connaissance. Son père, grand buveur d'absinthe, n'a jamais présenté d'accidents nerveux. Sa sœur est souvent prise d'attaques de nerfs, probablement de nature hystérique. Il n'y a pas, parait-il, d'aliénés dans la famille.

Parmi les antécédents personnels, nous relevons ce qui suit : Dans l'enfance, bien qu'il ne fût pas particulièrement nerveux, lorsqu'il se trouvait seul, il avait peur, dit-il, « des voleurs. » A l'âge de 7 ans, il est tombé du haut d'un 5e étage sur un grillage en fer d'où il a rebondi sur le pavé de la cour; à partir de ce moment, sa santé s'est notablement affaiblie, et peu après a commencé à se produire la déviation considérable de la colonne vertébrale, que vous constatez actuellement.

A l'âge de 16 ans, Porcen... entre comme « laveur » à la Compagnie des petites voitures et peu après il contracte un rhumatisme articulaire aigu qui l'a retenu au lit pendant six semaines. Depuis cette époque, le genou droit se montre de temps en temps douloureux et tuméfié, il est, encore aujourd'hui, le siège de craquements; à la suite de cette arthrite chronique d'origine rhumatismale, il s'est produit un certain degré d'atrophie du triceps crural (amyotrophie d'origine articulaire). Le membre inférieur est d'ailleurs notablement plus faible que l'autre et le malade boite légèrement de ce côté; cette faiblesse relative du membre inférieur droit date, je le répète, de près de 10 ans, elle n'a aucun rapport avec la maladie actuelle.

Cette légère infirmité et son apparence chétive, n'empêchent pas d'ailleurs Porcen... de faire, depuis l'âge de 18 ans, le rude métier, tantôt de cocher d'omnibus, tantôt de cocher de fiacre.

Revenons maintenant à la monoplégie et à ses causes directes. Le 24 décembre 1884, le cheval que conduisait Porcen... s'emporta; notre malade fut projeté de son siège sur le pavé de la rue; la chute eut lieu sur le côté droit, l'épaule droite ayant, affirme-t-il, porté la première par sa partie postérieure. Pas de perte de connaissance, ni même d'émotion très intense. Porcen... put se relever, se rendre chez un pharmacien et remonter sur son siège; l'épaule et le bras droits étaient un peu douloureux, mais ne présentaient pas d'ecchymose, tout au plus y avait-il un peu de gonflement. Les mouvements du membre étaient gênés, mais non abolis, et P... put conduire son fiacre durant cinq heures encore en tenant les guides de la main gauche.

Pendant les cinq jours qui suivirent, le malade prit du repos; la douleur et la gêne des mouvements semblaient aller en diminuant. Il espérait pouvoir bientôt reprendre son travail, lorsque le 30 décembre, six jours après l'accident, ayant dormi paisiblement toute la nuit, il constate à son réveil que son membre supérieur droit était flasque, pendant, inerte, incapable de tout mouvement, à l'exception toutefois des doigts de la main qui, eux, pouvaient encore se remuer un peu. Ayant pratiqué des frictions, Porcen... remarqua dès ce moment même, l'insensibilité de l'épaule, du bras et de l'avant-bras que nous constatons encore aujourd'hui. Il est parfaitement certain qu'il n'exista chez lui, soit au moment de la chute, soit après, aucune trace de perte de conscience, aucun trouble intellectuel d'une nature quelconque, aucune sorte d'aphasie ou d'embarras de la parole, aucune déviation de la bouche ou de la langue, aucun degré de paralysie dans le membre inférieur droit; il s'agissait donc là d'une monoplégie brachiale, avec anesthésie, dans l'acception la plus rigoureuse du terme.

Le 8 janvier 1885, notre malade se rend à l'hôpital Tenon dans le service de M. Troisier, qui constate à

(1) Leçon faite le 1er mai 1885. A la *Société médicale des hôpitaux*, dans la séance du 24 juillet dernier, M. le Dr Troisier a de nouveau présenté le malade Porce... qui fait l'objet de cette leçon (voir la *Gazette hebdomadaire*, n° 31, 1885). Dans la même séance M. le Dr Joffroy a montré un malade du service, le nommé Pin..., dont il sera question dans la leçon prochaine. (*Gaz. méd.*, n° 32.)

son tour, neuf jours après le début de la paralysie, tous les faits que nous signalons actuellement d'après le récit du malade.

Aujourd'hui, 1er mai, quatre mois après le début de la monoplégie, les choses sont encore dans le même état: nous retrouvons le malade exactement dans les conditions où il était lorsque, il y a quatre mois, il a été examiné par M. Troisier, et, lorsque, il y a un mois, il a été présenté à la Société médicale des hôpitaux.

Etudions avec soin cette monoplégie singulière qui persiste telle quelle, vous le voyez, depuis quatre mois, malgré les divers traitements qui ont été mis en œuvre.

A. *Impuissance motrice.* Porcen... ne peut imprimer aucun mouvement volontaire soit aux muscles élévateurs de l'épaule, soit à l'épaule elle-même, qui est tombante, soit aux muscles du bras ou de l'avant-bras. Seuls les doigts de la main peuvent être mis en mouvement volontairement et encore ces mouvements sont-ils faibles, très faibles, au point de ne pouvoir pas s'accuser au dynamomètre.

Remarquez l'état de résolution, de flaccidité absolue du membre. Il pend le long du tronc comme un corps inerte et retombe lourdement quand, après l'avoir soulevé, on l'abandonne à lui-même; le malade est obligé de le porter en écharpe pour éviter les chocs et les coups auxquels il serait, autrement, à chaque instant exposé. Il n'existe, vous le constatez, pas la moindre trace de rigidité ni de contracture. Cela rappelle la flaccidité de la monoplégie dans la *paralysie infantile spinale.* Mais ici les réflexes tendineux, au coude et au poignet, sont conservés, peut-être même un peu exagérés, tandis que, vous le savez, il en est tout autrement dans cette forme de paralysie spinale. D'ailleurs, et c'est là un caractère distinctif absolu, bien que la paralysie soit établie depuis quatre mois, il n'y a pas cependant le moindre vestige d'atrophie ou de diminution de consistance des muscles paralysés. La mensuration donne au bras droit 23,5 cent.; au bras gauche, 24 cent.; à l'avant-bras droit, 22,5 c.; à l'avant-bras gauche 22 c.

B. Il existe aussi sur ce membre, en outre de la paralysie du mouvement, des *troubles profonds de la sensibilité.* La sensibilité au contact, à la douleur, au froid est abolie complètement, absolument; et cette anesthésie cutanée, qui occupe d'ailleurs exclusivement les parties du membre où il y a impuissance motrice, se limite du côté des parties voisines restées sensibles par des lignes qui offrent une disposition singulière, et, surtout du coté de la main, bien peu en rapport, ainsi qu'il est facile de le voir en examinant la figure ci-jointe (*fig.* 63 et 64), avec le mode de distribution anatomique des nerfs cutanés du membre supérieur.

Vous voyez, en effet, que sur le dos de la main la limite de l'anesthésie est marquée, du coté des doigts, par une ligne perpendiculaire au grand axe du membre, située à quelques centimètres au-dessus de la série des articulations métacarpo-phalangienne, tandis que sur la face palmaire, cette limite est représentée par une ligne parallèle au pli du poignet et située au-dessous de ce pli, à un centimètre environ.

L'*insensibilité*, d'ailleurs, n'est pas limitée à la peau; *elle s'étend aux parties profondes*; c'est ainsi que la faradisation, même énergique, soit des muscles, soit des troncs nerveux, alors qu'elle provoque cependant de fortes contractions musculaires, n'est pas sentie.

Les mouvements de torsion, d'arrachement imprimés à l'épaule, au coude, au poignet, n'occasionnent également aucune sensation, quelque violents qu'ils soient. Au contraire, à la paume de la main, sur une partie de la face dorsale de ceux-ci, et sur toute l'étendue des doigts, les divers modes de la sensibilité cutanée et profonde sont conservés, du moins en grande partie.

Il y a de plus, dans le membre, les doigts toujours exceptés, *une perte absolue des notions qui se rattachent à ce qu'on est convenu d'appeler du nom de sens musculaire.* Pour se rendre compte de ce fait, il suffit de fermer les yeux de P... et de lui enjoindre de chercher son avant-bras tenu écarté du tronc, de le saisir à l'aide de sa main gauche. Il tâtonne d'abord dans le vide, plus ou moins loin du but, et lorsqu'il est tombé presque par hasard sur un point quelconque du membre, de préférence la racine, il parcourt avec sa main tout le bras pour descendre ainsi jusqu'au point qu'on lui a ordonné de toucher. Il ne sait point dire non plus, quand il a les yeux fermés, si l'on meut son poignet, son coude ou son épaule. Au contraire, dans ces mêmes conditions, il reconnaît très bien lorsque l'on pratique la même manœuvre sur les doigts, quel est celui d'entre eux auquel on imprime des mouvement passifs. P... a perdu également la notion du poids des objets placés dans la paume de sa main; lorsqu'il ne les regarde pas, il ne saurait distinguer, sans s'aider du palper, une pièce de 5 francs d'une pièce de 10 centimes; elles lui paraissent toutes deux également légères.

En résumé, impuissance motrice absolue des muscles de l'épaule, du bras et de l'avant-bras, avec perte complète de la sensibilité de la peau, des muscles, des nerfs, des tendons, des capsules articulaires, etc.; perte absolue des notions relatives au sens musculaire dans toutes les parties qui correspondent à la paralysie motrice; absence complète de rigidité des parties privées du mouvement, avec conservation du relief des muscles et légère exagération des réflexes tendineux. Voilà les points les plus saillants que nous avons relevés jusqu'ici.

Mais il importe de signaler encore ce fait très remarquable et très significatif dans l'espèce, que les muscles pas plus que la peau ne présentent aucune marque de troubles trophiques, bien que, je le répète, la monoplégie date de plus de quatre mois déjà. Vous avez constaté qu'il n'existe pas d'amaigrissement du membre; j'ajouterai que *les muscles, soumis à un examen méthodique, n'ont présenté aucune modification des réactions électriques, soit faradiques, soit galvaniques*: pas le moindre soupçon de réaction de dégénérescence.

D'un autre côté, pas de teinte livide ou violacée de la peau, pas d'œdème; seulement, il existe peut-être sur le membre malade un très léger abaissement de la température. Ainsi, la température axillaire étant des deux côtés de 36°,9, celle du membre sain, étudiée à l'aide du thermomètre à surface placé sur la face antérieure de l'avant-bras s'élève à 32°,8, tandis que celle du membre paralysé, sur le point correspondant, n'est que de 32°,4, c'est-à-dire inférieure de 4 dixièmes de degré environ.

Tels sont les phénomènes que l'analyse nous a révélés dans l'étude du membre paralysé. Il existe en outre chez ce malade, je dois vous en prévenir, Messieurs, en dehors de ce qui concerne la monoplégie, bien d'autres faits cliniques très intéressants; mais ils ne frappent pas les yeux tout d'abord, et nous n'avons pu les reconnaître qu'à la suite d'une enquête poursuivie dans une certaine direction. Je me réserve de vous signaler ces

particularités au moment même où, après discussion, il s'agira de fixer définitivement le diagnostic.

Quelle est donc la nature de cette monoplégie que nous venons d'étudier minutieusement et dont nous connaissons actuellement les caractères cliniques? Relève-t-elle d'une lésion plus ou moins grave des nerfs périphériques, conséquence d'une contusion ou d'une commotion du plexus brachial produite par la chute sur l'épaule? S'agit-il d'une lésion spinale? ou d'une lésion cérébrale en foyer? Telles sont les hypothèses qu'il convient d'examiner maintenant.

La première se présente tout d'abord à l'esprit. Il existe de nombreux exemples de monoplégies brachiales survenues à la suite d'une chute sur l'épaule, et un certain nombre des phénomènes observés chez notre malade paraissent, à première vue, pouvoir s'expliquer tout naturellement dans l'hypothèse de la commotion ou de la contusion du plexus. Je suis assez heureux pour pouvoir placer sous vos yeux, à côté de P..., un malade chez lequel il existe une monoplégie brachiale qui, très certainement cette fois, procède d'une lésion du plexus et qui s'est développée dans des circonstances assez semblables à celles qui ont déterminé la monoplégie brachiale chez P.... Il ne s'agit pas ici, à la vérité, d'une chute sur la partie postérieure de l'épaule, comme chez notre malade, mais d'un choc violent portant sur cette même région, produit par la chute d'une poutre volumineuse et pesante ; vous voyez qu'en somme les conditions du traumatisme sont analogues dans les deux cas. Recherchons quelles en ont été les conséquences chez notre second malade, dont voici l'histoire en abrégé (1).

Le nommé Deb..., homme très vigoureux, âgé de 31 ans, terrassier, avait toujours joui d'une excellente santé, lorsque le 3 avril 1884, c'est-à-dire il y a treize mois, il reçut sur la partie postérieure de l'épaule gauche l'extrémité d'une lourde charpente, et le choc fut assez violent pour le renverser la face contre terre. Une pointe de fer rivée à l'extrémité de la poutre, et portant une poulie, avait frappé sur la partie postérieure et supérieure du crâne et y avait fait une plaie d'ailleurs assez légère. Cependant il n'y avait pas eu de perte de connaissance immédiate, et pendant les quelques minutes qui ont suivi l'accident, 5 ou 6 minutes peut être, le malade est resté conscient. Il se rappelle très bien, entre autres, il l'affirme du moins, qu'à ce moment il a éprouvé une sensation qui lui a fait croire que son membre supérieur était absent, qu'il était complètement séparé du corps. Puis survint une perte de connaissance qui, paraît-il, dura trois heures. Lorsque Deb... revint à lui, la paralysie motrice des divers segments du membre était absolue comme elle l'est encore aujourd'hui ; seuls les mouvements d'élévation de l'épaule étaient conservés. Quant aux troubles de la sensibilité, ils paraissent avoir été, dès ce moment, tels que nous allons les voir.

A partir de ce jour le malade a séjourné dans divers hôpitaux où il a été soumis, malheureusement sans résultat, à divers traitements et en particulier à l'électrisation. Celle-ci, d'ailleurs, ne put jamais être appliquée d'une façon suivie. Très fréquemment, en effet, on s'est vu obligé d'interrompre le traitement, à cause des douleurs vives qu'il provoquait inévitablement, à la suite d'un petit nombre de séances.

J'appellerai d'abord votre attention sur les troubles de la sensibilité. Celle-ci est éteinte absolument dans tous ses modes, sur la main, les doigts y compris, l'avant-bras et une partie du bras ; sur ces mêmes parties, la sensibilité profonde est également annihilée en même temps que font défaut les notions du sens musculaire. Mais, pour ne parler que de l'anesthésie cutanée, partout où elle existe elle se montre aussi complète que nous l'avons vue chez notre malade Por... Seulement son mode de distribution est bien différent dans les deux cas. En effet, tandis que chez P... la zone d'insensibilité englobe l'épaule tout entière et s'étend même au delà, chez D..., au contraire, cette zone est beaucoup moins étendue, puisqu'elle respecte l'épaule et une bonne partie du bras. Ainsi, à la partie antérieure et interne de ce dernier, elle se limite par une ligne qui atteint à peine sa partie moyenne ; sur le côté externe elle remonte encore moins haut. En arrière elle dépasse à peine la région du coude, de telle sorte que la partie postérieure du bras est libre presque partout. (*Fig.* 65 et 66).

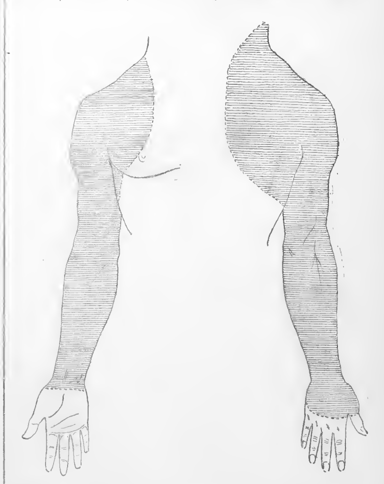


Fig. 63 et 64. — Observation de Porcen...

Je tiens à vous faire remarquer, Messieurs, que cette disposition de la zone anesthésique est justement celle qui a été observée dans les cas où le plexus brachial a été profondément lésé ou même interrompu complètement dans toute son étendue, transversalement, à la suite d'un arrachement, par exemple, ou encore dans les cas de section chirurgicale, ainsi que cela est établi par les observations recueillies par M. le Dr Ross, de

(1) Tout récemment l'observation de ce malade a été donnée *in extenso*, par Mlle Klumpke dans son intéressant travail sur *les paralysies radiculaires du plexus brachial*. — (*Revue de médecine*, 5e année, — n° 7, 10 juillet 1885, p. 604.)

Manchester, dans un important travail publié par le « *Brain* » (1). Vous voyez, en particulier, par l'examen de la planche que voici (*fig.* 67 et 68), empruntée à M. Ross et relative à un cas d'arrachement du plexus brachial ayant déterminé, en ce qui concerne la paralysie motrice et les troubles trophiques, tant musculaires que cutanés, les symptômes de la rupture de toutes les branches de ce plexus (2), vous voyez, dis-je, que la disposition de la zone d'anesthésie cutanée est exactement la même que celle que nous observons chez notre malade Deb.... Or, chez ce dernier, il y a lieu d'admettre également, en tenant compte des troubles moteurs et des troubles trophiques qui seront tout à l'heure indiqués, une lésion grave, étendue à la totalité du plexus. Ce mode de repartition de l'anesthésie cutanée sur laquelle j'insiste, parait donc être, en somme, l'expression classique des lésions organiques profondes, destructives, portant sur toutes les branches, tant sentitives que motrices du plexus brachial.



Fig. 65 et 66.— Observation de Deb.... *a*, analgésie. *b*, anesthésie absolue.

Si maintenant nous revenons au cas de Por..., nous reconnaissons que, chez lui, la distribution de la zone d'anesthésie est tout autre : par en haut, du côté du tronc, elle est beaucoup plus étendue que chez D..., puisqu'elle couvre l'épaule et par conséquent, dans l'hypothèse d'une contusion agissant directement sur les trajets nerveux, elle eût dû intéresser, non seulement le plexus brachial, mais encore le plexus cervical. D'un autre côté, nous savons que chez P..., la zone d'anesthésie s'arrête, par en bas, à la main (*Fig.* 63 et 64). Or, la disposition de la ligne qui, de ce côté, marque la limite de l'anesthésie, est en contradiction formelle avec l'hypothèse d'une lésion qui aurait dû profondément atteindre toutes les fibres sensitives du plexus brachial. En effet, c'est, nous l'avons dit, du côté de la face palmaire, une ligne droite perpendiculaire au grand axe du membre, parallèle au pli de flexion de l'articulation du poignet, et du côté de la face dorsale, c'est une ligne légèrement courbée, à convexité inférieure, s'étendant un peu au delà de la partie moyenne de la région métacarpienne. Voilà, certes, une disposition qui n'est nullement en rapport avec la distribution cutanée des nerfs de la sensibilité dans les dernières parties de la main (cubital et radial pour la face dorsale, médian et cubital pour la face palmaire) et vous avez compris que l'intégrité de ces nerfs cutanés de la main ne saurait s'expliquer dans la supposition d'une lésion générale et profonde du plexus brachial. Les faits que nous venons de relever ne s'expliqueraient pas mieux dans l'hypothèse d'une contusion légère, ou encore d'une simple « commotion » du plexus, car on sait par de nombreuses observations, qu'en pareille circonstance, contrairement à ce qui se voit dans notre cas, les troubles de la sensibilité sont peu marqués, éminemment transitoires, ou même complètement nuls.

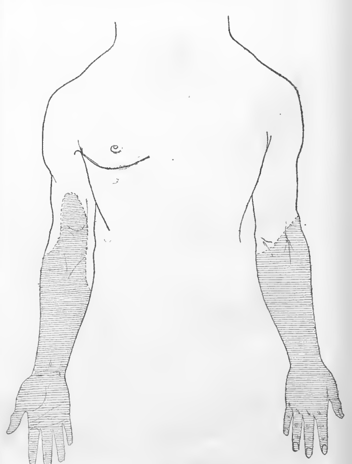


Fig. 67 et 68. — Observation tirée du travail de M. Ross.

Chez D..., qui représente un exemple typique d'une lésion profonde, ancienne et irréparable du plexus brachial, nous relevons d'ailleurs des troubles trophiques, musculaires et cutanés et quelques autres phénomènes encore qui, tout autant que les troubles de la sensibilité contrastent singulièrement avec ce que nous observons

(1) James Ross.—Distribution of anaesthesia in cases of disease of the branches and of the roots of the brachial plexus. — Brain, april 1884, pp. 70 et sq.

(2) A l'exception de la branche communicante du 4e nerf.

chez Por... Sans doute, dans les deux cas, le membre paralysé est pendant, flasque, sans traces de rigidité articulaire, sans traces de contracture; mais voici la différence : chez D..., les muscles paralysés sont en outre extrêmement atrophiés. Ils présentent, à l'examen électrique, tous les caractères de la réaction de dégérescence portée à son plus haut degré; les réflexes tendineux sont abolis; la peau enfin, est froide, marbrée de taches violettes surtout vers l'extrémité du membre et le tissu cellulaire sous-cutané est légèrement œdématié. Rien de semblable chez P... Ici, vous le savez, les muscles ont conservé, malgré la date déjà ancienne du début de la paralysie, leur volume et leur relief normaux, ils ne présentent à aucun degré les caractères de la réaction de dégénérescence, les réflexes tendineux sont conservés, les téguments ne présentent aucune modification dans leur coloration ou dans leur consistance. Ce sont là, j'y insiste en terminant, des phénomènes qui ne peuvent nullement s'accommoder avec la théorie qui invoquerait l'existence d'une lésion grave du plexus brachial, étant donné que la maladie dure déjà depuis plus de quatre mois; et l'on peut en dire autant du fait si remarquable de la non-participation des doigts et de la main à la paralysie motrice et à l'anesthésie, si fortement accentuées cependant dans toutes les autres parties du membre (1).

Ainsi, Messieurs, la monoplégie brachiale qui fait l'objet principal de notre étude, bien que survenue dans les conditions où peuvent se produire les lésions graves ou légères du plexus brachial, par commotion ou par contusion, ne dépend pas en réalité d'une lésion de ce genre. Le siège du mal doit être cherché ailleurs, dans les centres nerveux par conséquent; s'agit-il donc d'une lésion organique en foyer, cérébrale ou spinale ? Il me sera facile, je pense, de vous montrer qu'il n'en est rien. *(A suivre.)*

PATHOLOGIE INTERNE

Recherches sur le microbe de la syphilis.

Par MM. ALVARÈS et TAVEL.

Travail du laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté (2)

Au cours des recherches que nous faisons depuis quelques mois sur le microbe de la syphilis, nous avons constaté certains faits nouveaux et intéressants que nous venons communiquer à la Société anatomique.

Nous avons trouvé dans la sécrétion normale et dans quelques sécrétions pathologiques mais non syphylitiques des organes génitaux, à l'orifice anal et rarement ailleurs, un bacille identique morphologiquement et par ses réactions colorantes à celui que Lustgarten a signalé comme spécial à la syphilis. Comme celui de Lustgarten, notre bacille a une grande ressemblance de forme avec le bacille de la tuberculose et présente plusieurs des réactions colorantes considérées jusqu'aujourd'hui comme appartenant à ce bacille et à celui de la lèpre.

Il se colore par la méthode d'Erhlich à la fuchsine, reste très bien coloré après traitement à l'acide nitrique au tiers, supporte la double coloration et ne se distingue dans ces circonstances du bacille de Koch que par une moindre résistance à l'action décolorante de l'alcool après le traitement par l'acide azotique. En outre il se colore comme celui de la tuberculose par la méthode de Gibbes et par celles de Fränkel avec la fuchsine et le bleu de méthylène ou la résorcine.

La méthode d'Erhlich au violet de méthyle donne des résultats presque nuls; après le traitement par l'acide nitrique et avant le lavage à l'alcool, on peut voir quelques bacilles, mais ils sont mélangés à d'autres microbes restés colorés; après le lavage à l'alcool, la décoloration est à peu près complète.

Contrairement à ce que dit Lustgarten, son bacille, comme le nôtre, se colore par la méthode d'Erhlich à la fuchsine, résiste aux acides et supporte très bien la double coloration après traitement par la méthode au violet de gentiane, permanganate de potasse et acide sulfureux. C'est surtout par l'éosine que la double coloration est belle. Notre bacille nous a semblé plus grêle et moins granuleux que celui de la tuberculose.

Sa longueur est très variable comme celle du bacille de Koch, quoiqu'on trouve peut-être un plus grand nombre de spécimens courts. Sa longueur varie de 2 à 7 μ, son épaisseur est à peu près de 0,3 μ.

Il a une relation presque constante avec les cellules épithéliales, à l'intérieur, à la surface et au voisinage desquelles on le trouve surtout. Nous ne l'avons nulle part rencontré en aussi grand nombre que dans certains cas de smegma préputial et vulvaire.

Voulant vérifier les travaux de Lustgarten sur le bacille de la syphilis, travaux qui semblaient être appuyés par les recherches de Doutrelepont et Schülz, de Giacomi, Babès et Leloir, nous avons, suivant rigoureusement la méthode de Lustgarten, coloré des coupes très nombreuses de 8 cas de produits syphilitiques et nous n'avons pas pu trouver son bacille. Dans 55 cas de sécrétion de chancres indurés et de syphylides variées, nous l'avons rencontré dans 33 cas.

Nos recherches dans d'autres sécrétions pathologiques non syphilitiques qui portent sur 34 cas, nous ont permis de trouver un bacille identique à celui de Lustgarten dans 6 cas, dont 5 se rapportent à des lésions des organes génitaux.

Sur 18 cas de sécrétions normales dont 14 se rapportent au smegma préputial et vulvaire, nous avons rencontré ce même bacille 10 fois, toujours aux organes génitaux ou à la marge de l'anus.

Dans les autres cas, nous avons recherché notre bacille dans divers endroits du corps, dans la bouche, dans les fosses nasales, à la surface de la conjonctive, dans le conduit auditif, la tête, les pieds et dans quelques plis cutanés; il ne nous a pas été possible de l'y constater.

Nos recherches ne sont pas encore assez multipliées pour pouvoir dire qu'on ne le trouve pas ailleurs que dans les endroits où nous l'avons vu; mais sa présence aux organes génitaux normaux explique peut-être sa constatation fréquente dans les sécrétions pathologiques syphilitiques ou autres de ces organes. Il se peut aussi qu'il pénètre à travers les ulcérations ou érosions cutanées, spécifiques ou non, si fréquentes dans ces régions, et que de cette façon il arrive plus ou moins profondément dans les tissus où on pourrait le constater à l'examen histologique.

L'existence, dans une sécrétion normale, d'un bacille qui a une grande ressemblance morphologique et colorante avec celui de la tuberculose est d'une grande importance et doit inspirer beaucoup de réserve au diagnostic de la tuberculose fait d'après l'examen des sécrétions ou liquides pris à la surface des plaies. Il faudra surtout tenir compte de ces faits nouveaux dans la recherche du bacille de Koch dans l'urine, la sécrétion vaginale et dans les matières fécales. Un diagnostic sûr ne pourra être porté qu'après s'être entouré des plus grandes précautions.

Nous avons fait des essais d'inoculation aux animaux et des cultures, mais nos recherches sont encore en voie

(1) Cette proposition est d'ailleurs conforme à l'opinion émise par MM. Troisier, Joffroy et Dejérine, à la Société médicale des hôpitaux, lors de la discussion qui suivit la première présentation du malade.

(2) C'est sur l'inspiration de M. le professeur Cornil que nous avons entrepris ce travail dans son laboratoire. Il a bien voulu nous aider de sa haute expérience et de ses bons conseils. Nous tenons à lui en exprimer toute notre reconnaissance.

d'exécution et nous nous réservons de communiquer plus tard les résultats que nous obtiendrons.

Nous continuerons aussi nos recherches sur les conditions biologiques de ce bacille spécialement sur sa localisation et sa fréquence dans les diverses régions de l'organisme.

Nous exposerons avec tous leurs détails les divers points que nous venons seulement de signaler dans un mémoire avec planches qui paraîtra dans le numéro d'octobre des *Archives de physiologie*.

CONCLUSIONS. — 1° Il existe dans quelques sécrétions normales de l'organisme un bacille qui n'a pas été signalé jusqu'à présent.

2° Ce bacille est identique par sa forme et par ses réactions colorantes à celui que Lustgarten a décrit comme spécial à la syphilis.

3° Il se peut que le bacille que Lustgarten a trouvé dans les coupes de produits et dans des sécrétions syphilitiques ne soit que ce bacille banal.

4° Notre bacille a une grande ressemblance avec le bacille de la tuberculose et présente plusieurs des réactions colorantes considérées jusqu'ici comme spéciales au bacille de Koch et à celui de la lèpre.

5° Il se distingue du bacille de la tuberculose, en dehors de sa moindre épaisseur et de son aspect moins granuleux, conditions difficiles à apprécier dans un examen isolé, par sa moindre résistance à l'alcool après coloration à la fuchsine et traitement par l'acide nitrique ; il s'en distingue en outre par l'insuccès des colorations d'après la méthode d'Erhlich au violet de méthyle.

6° Le diagnostic clinique de tuberculose fait par l'examen histologique des sécrétions devra tenir compte de ces faits.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Des cours pour les médecins praticiens.

Nous avons plusieurs fois eu à parler dans le *Progrès médical* (1) des cours institués en Allemagne pendant les vacances pour les médecins praticiens. Cette excellente institution mériterait d'être propagée dans tous les pays et surtout en France. Beaucoup de jeunes docteurs, à peine sortis des bancs de l'école, s'aperçoivent vite de l'insuffisance de leur instruction, tout au moins ont-ils besoin d'acquérir des connaissances plus étendues dans certaines branches de la médecine, et de se maintenir au courant des idées nouvelles. En France, il n'est possible qu'à un petit nombre de privilégiés, amoureux de leur art, de se livrer à des études le plus souvent théoriques, si la fortune ou les circonstances ne leur permettent pas de pouvoir se déplacer facilement.

Pendant les vacances, les Facultés sont complètement abandonnées et dans les hôpitaux des villes importantes, les services ne sont plus faits par les titulaires, mais par des suppléants : dans le cours de l'année, aucune installation n'est faite en vue de cours libres destinés à l'instruction des médecins de la région.

Laissant de côté les cours de vacances pour les étudiants ou les médecins praticiens, nous ne nous appesantirons aujourd'hui que sur les instituts fondés dans quelques villes allemandes pour le perfectionnement médical des médecins. La plupart des hôpitaux des villes où n'existent pas de facultés de médecine, possèdent une installation suffisante pour l'instruction ; des laboratoires auxquels sont attachés des prosecteurs, permettent d'utiliser les pièces provenant des services de médecine, de chirurgie ou d'accouchements. A Dresde (1) et à Francfort-sur-le-Mein, la direction de ces laboratoires a souvent été confiée à des savants éminents. Dans cette dernière ville, l'institut Senckenberg (2) comprend un amphithéâtre d'anatomie, un jardin botanique, une bibliothèque et un hôpital. Il fut érigé en 1763 par le Dr Johann Christian Senckerberg (1707-1772) qui légua 95.000 florins (3) pour cette fondation, dans le but de venir en aide aux bourgeois pauvres de la ville de Francfort et aux médecins qui désireraient perfectionner leur éducation. L'institut est administré par les médecins et les commerçants (co-administrateurs).

Parmi les directeurs de l'institut, nous citerons l'illustre anatomiste Samuel Thomas Von Sömmering, puis Gustave Lucæ. Après la mort de ce dernier (février 1885) l'enseignement de l'anatomie normale fut abandonné et l'on crut répondre aux intentions du fondateur en transformant l'institut anatomique en institut pathologique. Le professeur C. Weigert, dont les travaux anatomo-pathologistes sont bien connus de nos lecteurs, fut appelé à diriger l'institut. Les cadavres destinés aux cours d'autopsies et de démonstrations proviennent de l'hôpital Senckerberg, de l'hôpital de l'Esprit-Saint et du Clementinen-Kinder Hospital ; les autopsies sont pratiquées dans les hôpitaux mêmes ; l'institut ne contient en effet qu'un laboratoire d'histologie, une salle de cours et un musée.

On jugera de l'importance de l'enseignement donné à l'Institut en constatant que cette année le cours de démonstrations pathologiques a été suivi par 60 médecins praticiens, que peu après l'ouverture du laboratoire, celui-ci était déjà fréquenté par six médecins. Ces résultats démontrent bien l'utilité de pareilles institutions, et témoignent de l'esprit scientifique qui anime le corps médical de la ville de Francfort (4). Nous ne saurions trop appeler l'attention du public médical sur ces fondations ; il serait à désirer que, grâce à de généreux légataires, elles pussent être introduites dans notre pays. En attendant, il serait à désirer que, dès maintenant, des cours faits par les professeurs agrégés, les médecins des hôpitaux, les chefs de cliniques ou les internes pour les élèves et les médecins praticiens, fussent institués dans chaque Faculté (pendant les vacances) et dans les hôpitaux des villes non universitaires. P. BRICON.

(1) Voir *Progrès médical*, 1883, p. 581 et 1884, p. 654.

(1) Le professeur Birch-Hirschfeld était dernièrement le directeur de l'institut de cette ville.

(2) L'hôpital ne fut ouvert que le 19 février 1779 ; il comprend actuellement 120 lits (pour les deux sexes).

(3) Un banquier du nom de Simon Moritz Bethmann donna à cette fondation (1775-79), 33,000 florins de son vivant et légua ensuite 50,000 florins.

(4) Nous tenons à remercier MM. C. Wiegert et Edinger qui nous ont fourni une partie de ces renseignements. Nos lecteurs qui désireraient avoir des données plus étendues sur l'administration, etc., de l'hopital de Senckerberg, pourront consulter le « *Krankenhaus-Lexikon für das Königreich-Preussen*, 1885, t I, p. 272 ».

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 10 août 1885. — PRÉSIDENCE DE M. BOULEY.

M. F. ANGLA adresse, par ordre du Dr FERRAN, un certificat signé de plusieurs médecins, concernant les résultats des inoculations anticholériques à Benifayo, et un diagramme indiquant la marche de l'épidémie avant et après ces inoculations. Il annonce l'envoi prochain de documents semblables, concernant d'autres villes.

M. Paul GIBIER envoie une dépêche télégraphique relative aux expériences qu'il a faites sur les inoculations hypodermiques de bacilles cholériques. Les résultats de ces expériences seront prochainement communiqués à l'Académie.

M. Arsène DROUET présente, par l'entremise de M. Bouley, un mémoire sur le traitement du choléra par le badigeonnage abdominal au collodion.

M. R. LÉPINE fait une communication sur le *traitement local de la pneumonie fibrineuse par les injections intra-parenchymateuses.* Si, chez un pneumonique au troisième ou au quatrième jour, on injecte dans la partie hépatisée, au moyen d'une aiguille capillaire, quelques centim. cubes de solution aqueuse de bichlorure de mercure au 1/40.000, à trois ou quatre places dans le but d'essayer à circonscrire la lésion, on constate : 1° au niveau des injections, la diminution immédiate des râles crépitants et du souffle, qui sont en partie remplacés par du silence respiratoire et quelques râles plus gros ; 2° quelques heures plus tard, une exacerbation passagère de la température centrale ; 3° le lendemain, un grand amendement de l'état général et notamment une défervescence précoce ; 4° une résolution qui ne s'effectue qu'au moment où elle aurait eu lieu si la pneumonie avait été abandonnée à sa marche naturelle.

MM. R. LÉPINE et Gabriel ROUX ont étudié la *cystite et la néphrite produites chez l'animal sain par l'introduction, dans l'urèthre, du micrococcus ureæ.* Cet organisme, pénétrant dans les voies urinaires saines peut se développer alors même que l'urine est acide, et produire des lésions viscérales et rénales susceptibles de causer la mort.

M. TAYON a pratiqué sur lui-même et sur plusieurs de ses amis des *inoculations du microbe de la fièvre typhoïde.* Les symptômes généraux ont été la fièvre, l'insomnie, l'inappétence, la figure tirée, les selles liquides. Il y a eu des symptômes locaux. Une seconde inoculation, faite après rétablissement complet, est restée sans effet.

M. KOUBASSOF adresse une note sur le *passage des microbes pathogènes de la mère au fœtus,* Ce passage est démontré pour les bacilles du vibrion septique, du rouget et de la tuberculose.

Paul LOYE.

CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES.

Session de Grenoble.

SÉANCE D'OUVERTURE

Le Congrès s'est ouvert le mercredi 12 août à 2 h. 1/2, dans la grande salle du Gymnase, sous la présidence de M. Verneuil. M. REY, maire de Grenoble, souhaite la bienvenue au Congrès. M. NAPIAS, secrétaire général, donne l'histoire de l'association pendant le courant de l'année et passe en revue les œuvres des membres décédés, Milne-Edwards, Herminger, Mme Bovel-Sturge, Dupuy de Lôme, etc.

M. GALANTE, trésorier, expose la situation financière de l'association. Le capital placé est de 500.000 fr.; les intérêts ajoutés aux 60.000 fr. de revenus provenant de 3000 membres annuels constituent environ 80.000 fr. de rente par an.

La ville s'était magnifiquement pavoisée en l'honneur de ses hôtes et la journée s'est terminée par une fête charmante dans les jardins de l'Hôtel-de-ville.

M. Verneuil, président du Congrès pour l'année 1885, prononce un discours sur *la chirurgie en* 1885. L'orateur combat d'abord les préjugés les plus répandus qui règnent dans le public médical à l'égard de la chirurgie et des chirurgiens, puis critique le *prurigo secandi* dont ont été ou sont atteints certains chirurgiens :

Puisque nous sommes dans la voie des aveux, dit-il, confessons que certains hommes, à certaines époques et dans certains pays, ont opéré beaucoup trop, et que de nos jours même le *prurigo secandi* est une maladie sporadique, endémique et épidémique, dont le vaccin n'est pas encore trouvé.

La démonstration n'est pas malaisée à fournir. Au XVIIe siècle, on se mit à faire la transfusion. Ce fut une fureur telle qu'un édit du parlement, daté de 1668, dut y mettre un terme. Au XVIIIe siècle, on trépanait tout homme qui était tombé sur la tête et qu'on soupçonnait de s'être plus ou moins fêlé le crâne. Pendant les guerres de la fin du siècle dernier et du commencement de celui-ci, tout fracas des membres par arme à feu était traité par l'amputation.

A l'époque où j'entrai dans la carrière médicale, la ténotomie faisait rage, on coupait tous les tendons, tous les ligaments, tous les muscles, et dans toutes les régions du corps. On prétendait guérir ainsi les louches, les bègues, les bossus, les bancals et jusqu'aux sourds. La méthode sous-cutanée était alors la selle à tous chevaux ; c'était la panacée opératoire.

Un peu plus tard, j'ai vu naître et prospérer la *résécomanie.* Elle a fleuri surtout en Angleterre et en Allemagne ; c'est par centaines que quelques chirurgiens étrangers comptent leurs résections articulaires. En France, on s'est toujours montré plus réservé. C'est surtout dans le champ des spécialités que les ultra-opérateurs s'exercent.

Or, quand un spécialiste opère, tous les spécialistes opèrent; quand il coupe quelque chose, tous ses collègues le coupent également, sauf à le couper un peu autrement et avec un outillage varié, comme l'atteste le catalogue de nos grands couteliers. Si l'on fonde un jour un musée de médecine opératoire, il faudra d'immenses vitrines pour aligner tous les lithotomes, uréthrotomes, hystérotomes et autres machines en *tome*, y compris de petits instruments innominés, je crois, destinés à couper les rétrécissements du canal nasal, rétrécissements qui, soit dit sans médisance, n'existent à peu près jamais ou n'ont pas besoin d'être coupés quand ils existent.

La gynécologie et l'ophtalmologie se disputent la place d'honneur sur ce turf d'un nouveau genre, mais je crois au triomphe de la première. Dans ces derniers temps surtout, on a vu naître, indépendamment des cautérisations si souvent vaines et des débridements du col, d'une utilité si contestable, une opération d'Emmet, une opération de Battey ou d'Hégar, une opération d'Alexander, etc. Les revues, les journaux en parlent et en général les louent ; on publie force faits à l'appui, et un gynécologue risque de passer pour un homme de peu s'il n'a pas d'observations à produire.

La facilité avec laquelle se répandent certaines pratiques est en vérité surprenante. Je puis citer entre autres le raclage ou rugination des abcès froids. L'idée théorique en est soutenable, mais la réflexion inspire déjà quelques réserves, et il semblerait prudent d'en appeler à l'expérience. Mais pour cela il faudrait attendre, et c'est à quoi la génération présente ne peut vraiment pas se résoudre. Alors on a raclé, raclé, et on racle encore, et ceux qui ne raclent pas sont déclarés arriérés et rétrogrades, et, tout en raclant, on pénètre au besoin jusque dans le canal rachidien : et, bien que l'opération donne des résultats encourageants (c'est la formule courante), le malade raclé va rejoindre ses ancêtres dans un monde meilleur.

Mon dessein n'étant pas de vous donner la chair de poule et d'agiter votre sommeil de la nuit prochaine par un cauchemar affreux, je vous signalerai, en terminant, une manie actuelle qui a au moins le mérite d'être à peu près innocente, n'étant que ridicule : je veux parler de l'application des pointes de feu. Cette pratique succédanée du sinapisme, du badigeonnage iodé et du vésicatoire volant, moyens d'un emploi beaucoup

plus simple, rentre dans la médication révulsive qui nous rend certainement des services; mais elle en est une forme plus compliquée et surtout exige une mise en scène qui a bien son prix. C'est l'effroi des enfants et ce n'est pas la joie des parents. Pourtant, si dans cet auditoire cent personnes ont été atteintes d'affections externes, tout me porte à croire que cinquante pour le moins ont reçu les susdites pointes, quelques-unes les ayant subies deux ou trois fois, peut-être plus. Il ne manque qu'à les appliquer préventivement chez les gens bien portants contre les maladies à venir, et vous pouvez croire que certains praticiens y pensent.

Si l'on m'objectait, non sans raison d'ailleurs, que les opérations précitées sont bonnes et méritent d'être conservées, je n'en soutiendrais pas moins qu'on en a singulièrement abusé, c'est-à-dire qu'on a trop transfusé, trop trépané, trop ténotomisé, trop réséqué, débridé trop de rétrécissements, excisé trop d'iris, beaucoup trop travaillé dans le petit bassin de la femme, raclé beaucoup trop d'abcès froids, et promené trop souvent la pointe du thermo-cautère sur la peau.

S'il fallait des preuves péremptoires de l'abus, je rappellerais simplement que, dans un grand pays comme le nôtre, avec nos 37 millions d'habitants, on compte au plus, maintenant, par année, une demi-douzaine de transfusions et une douzaine de trépanations; qu'on laisse désormais tranquilles en tous pays les muscles rachidiens et linguaux chez les bossus et chez les bègues; qu'en Angleterre, où l'on a tant réséqué, on ne résèque presque plus; que tel chirurgien étranger, fort enthousiaste d'une résection qu'il proclamait excellente, au point de la pratiquer par douzaines, la déclare aujourd'hui contestable, — que les oculistes, qui naguère ne croyaient pas au succès de la cataracte sans iridectomie, s'accordent presque tous maintenant à respecter l'iris — que le fameux raclage perd tous les jours du terrain et sera relégué d'ici à deux ou trois ans dans le musée des antiques, tout comme le pointillage de la peau avec le fer rouge.

Si le temps me le permettait, je mettrais sous vos yeux toutes les reculades des matamores du bistouri. Vous verriez qu'après avoir pendant quelque temps opéré à tort et à travers, ces grands sécateurs, s'apercevant de la médiocrité des résultats obtenus, finissent par s'arrêter : c'est par là qu'ils auraient dû commencer.

Tout chirurgien de bonne foi et de bon sens, qui voudra bien lire avec attention les faits relatifs aux opérations réhabilitées ou récemment introduites dans la chirurgie, constatera que nombre d'entre elles non seulement n'ont servi à rien, mais étaient d'avance frappées de stérilité.

On a fait grand tapage en ces dernières années à propos des extirpations du larynx, du pharynx, de l'estomac, de l'utérus, du rein, etc. Combien de patients sont-ils restés guéris? Combien ont bénéficié d'une façon quelconque de ces terribles entreprises? A peine 10 pour 100. Pour ceux-là, j'en conviens, l'opération a été d'un bon usage; mais pour les 90 autres, l'abus est-il niable?

J'appelle votre attention et vos critiques sur le petit raisonnement qui suit. Soit cent cas d'une maladie donnée: à une certaine époque, on en opère la moitié, — vingt ans plus tard on n'en opère plus que le quart. Si les résultats des deux séries sont également heureux, j'en conclus que, des cinquante opérations de la première, vingt-cinq étaient pour le moins superflues.

M. Verneuil semble oublier un peu le bouleversement apporté par le pansement de Lister, *sérieusement appliqué*, dans nos méthodes d'exploration, son action sur le pronostic, ses avantages incontestables au point de vue du traitement. En terminant, le professeur de la Faculté de Paris conseille de refuser « les *titres* et les *qualités de spécialistes* avec les avantages y adhérents, et de rentrer modestement dans le giron commun de la médecine générale. »

Ce discours, plein de verve et d'esprit, comme sait du reste le faire l'orateur, n'est, en résumé, qu'une critique parfois heureuse, quelquefois un peu trop sévère, de la chirurgie contemporaine. Nous croyons du reste que la simple lecture, à l'encontre de ce qu'a voulu prouver l'orateur, suffira pour convaincre nos compatriotes de l'utilité de la spécialisation basée sur une solide instruction médicale et non pas de cette spécialisation hâtive à laquelle s'adonnent certains esprits enclins au charlatanisme qui ne méritent du reste pas le nom de spécialistes.

Section d'anthropologie.

La section d'anthropologie a, comme toujours, son ordre du jour extrêmement chargé. Mais il faut dire que, jusqu'à présent, la plupart des communications ont consisté soit dans la description, soit dans la présentation de trouvailles relatives aux temps préhistoriques de la région.

Elles sont intéressantes, mais d'un intérêt très spécial et local. Il y avait dans le pays, pensons-nous, matière à des communications d'un autre genre qui auraient offert un intérêt égal. Ce n'est pas, en effet, s'avancer beaucoup que d'affirmer qu'il y aurait aujourd'hui encore dans les montagnes du Dauphiné plus d'un fait curieux à glaner pour l'ethnographe perspicace. Les vieilles mœurs ne sont pas totalement disparues, non plus que toutes les formes, maintenant vides, des idées d'autrefois, non plus que les mille petits objets qui rappellent d'anciens usages ou forment le matériel industriel de la vie peu changeante des montagnes. De même, si nous connaissons *grosso modo*, les caractères physiques de l'élément principal de la population, élément celtique, brun, à tête arrondie, il est maintes vérifications d'opinions admises depuis des faits généraux qui auraient été les bien venues. Or, nous le constatons avec regret, ces parties essentielles de l'anthropologie n ont, jusqu'à présent, occupé, dans nos séances, qu'une place insignifiante.

Le Muséum de la ville ne renferme qu'une couple de crânes humains. Ils proviennent, les uns, d'une véritable grotte sépulcrale néolithique, dite de la Buisse, près Voreppe, les autres d'une sépulture qu'on pourrait appeler dolmenique, bien qu'elle était abritée par un rocher, village de Fontaine, près Grenoble. Les premiers de ces crânes (deux hommes et une femme) possèdent au plus haut point les caractères de la race de Cro-Magnon : capaces, massifs, d'une dolichocépalie due, non à leur étroitesse absolue, mais au grand allongement du crâne postérieur, l'orbite presque aussi large que haut. Ils sont donc comparables aux crânes trouvés, par exemple, par le Dr Prunières, en si grand nombre, dans les grottes de Baumes-Chaudes qui appartiennent à une région voisine. La seconde catégorie des crânes de Grenoble, les crânes de la sépulture des Balmes de Fontaine, appartiennent à un type bien différent, au type celtique à tête arrondie et à taille moins haute : ils sont comparables aux crânes recueillis dans les dolmens de la Lozère par le Dr Prunières qui a montré cette race vivante aux temps néolitiques, côte à côte avec l'ancienne race de Cro-Magnon, dans un antagonisme qui devait être fatal à celui-ci. On n'a pas toutefois reconnu jusqu'à présent de dolmens dans l'Isère. Mais les Celtes y ont pénétré certainement à l'époque des dolmens et ce sont eux qui occuperaient encore aujourd'hui la plupart des montagnes du Dauphiné. Un élément plus nouveau se rattachant au type grand et blond des Kymris ou Galates, prédominerait seulement dans le Bas-Dauphiné. En outre de ces crânes anciens il existe, au muséum de Grenoble, deux crânes tout récents de criminels. M. Manouvrier a présenté à la section une notice à leur sujet. Ils ont les caractères qui sont habituels chez les criminels, lesquels ne sont, en fin de compte, autre chose que ceux mêmes de la bestialité : mâchoire énorme, front bas et fuyant, etc.

M. Bordier a publié, à l'occasion du congrès, une courte notice sur l'anthropologie du Dauphiné. Nous y voyons que d'une étude du Dr Coignet sur le recrutement, il résulte que la taille est, au Sud de l'Isère, sensiblement plus petite qu'au Nord. Les exemptions pour défaut de taille y sont de 311 sur 1000 conscrits, tandis qu'au Nord elles ne sont que de 120. C'est la preuve d'une double influence sur la population actuelle : influence celtique au Sud, influence burgonde au Nord.

En se basant sur la proportion des exemptions du service militaire pour infirmités, on peut avancer que dans l'Isère la population a une dentition bien meilleure que dans le reste

de la France prise en bloc, ce qui doit sans doute être en rapport avec la nature du sol et des eaux ; la faiblesse constitutionnelle est aussi très sensiblement plus rare parmi elle ; mais le goître, la scrofule, le bégaiement, le crétinisme, y sont plus communs.

MM. Chantre et de Mortillet nous ont exposé avec toute la compétence possible l'état des connaissances préhistoriques dans le Dauphiné où ils ont eux-mêmes fait bien des fouilles. L'Isère, pendant une bonne partie des temps quaternaires, était incontestablement couvert par les glaciers ; il n'était pas habitable pour l'homme et on n'y a pas trouvé des traces de sa présence aussi anciennes que l'époque glaciaire. Nous avons remarqué cependant au muséum trois dents de mammouth qui, sauf erreur sur leur provenance, autoriseraient à croire que cet animal caractéristique y trouvait des pâturages à cette époque. Dans la Drôme M. Chantre a trouvé des quartzites, ébauches de haches grossières qui seraient préglaciaires. On a même prononcé à ce sujet le mot de *préchilléen*. Elles seraient très semblables à des quartzites recueillis dans des stations quaternaires de l'Algérie.

Lorsque les glaciers ont commencé à reculer, l'homme, les suivant dans leur marche, s'est emparé du sol qu'ils abandonnaient. M. Chantre a découvert et fouillé deux cavernes habitées par l'homme à l'époque magdalénienne (fin de quaternaire) le long du Rhône, au-dessus de l'Ain. Deux jeunes abbés ont trouvé à Noblens, près de Villeversure, dans l'Ain, des silex taillés qu'ils croient plus anciens encore que ces tavernes magdaléniennes. L'époque néolithique est représentée dans l'Isère par trois ou quatre grottes sépulchrales, un menhir et c'est tout jusqu'à présent. Mais on y trouve de nombreuses haches polies, isolées, en serpentine et en jadéite. Lorsque le bronze y a été introduit, les cavernes n'étaient pas encore abandonnées, ainsi que le prouve l'association de pierre et de bronze constatée dans l'une d'elles. Quatre à cinq cachettes de fondeur, une vingtaine de pièces isolées, représentent tout le matériel du bronze dans l'Isère. Suivant M. de Mortillet, ce métal y aurait pénétré d'abord par la vallée du Rhône que le commerce a remonté, et ensuite vers la fin, par les Alpes. Les monuments de l'époque préromaine du fer sont plus abondants que ceux du bronze. Ils consistent en cimetières à inhumation où se trouvent en abondance ces petits bracelets-anneaux en bronze bien connus, et aussi en tumulus.

En dernier lieu M. Pomel, le doyen de la Faculté des sciences d'Alger, nous a fait une communication du plus haut intérêt, sur la forme d'une station quaternaire de l'Algérie. Cette forme comprend un camélide ; or, les anciens égyptiens n'ont pas connu de chameau et l'introduction de celui qui permet seul aujourd'hui de traverser le Sahara, est due aux Arabes. Elle comprend aussi un petit bœuf et un cheval. Tout cela, nous le répétons, constitue une découverte de premier ordre, étant donné ce que nous savons de la forme ancienne et des animaux domestiques de l'Afrique du Nord par les anciens auteurs, les sculptures sur rochers et les monuments des Egyptiens. ZABOROWSKI.

SECTION DES SCIENCES MÉDICALES.

PRÉSIDENCE DE M. HENROT.

M. LANDOWSKY attribue au suc de l'*Euphorbia leterodexa* et à un principe qui en a été extrait la propriété de détruire certains néoplasmes ; il aurait observé la disparition d'un épithélioma (?) du col de l'utérus à la suite de simples badigeonnages faits avec le suc de la plante, mais aurait échoué dans le traitement d'un cancer de la face.

M. Duplouy appuie l'opinion de M. Landowsky et cite trois cas qu'il aurait observés dans sa clientèle.

M. CHAUVEAU fait une communication sur l'*inoculation préventive du choléra*; il conclut que : 1° Le tissu conjonctif sous-cutané constitue pour le virus cholérique un milieu peu favorable à la prolifération do l'agent pathogène et au développement d'une infection maligne ; ce tissu est par conséquent très propre à servir de porte d'entrée au virus pour la production d'une infection atténuée, capable de jouer un rôle préventif. — 2° Le peu de ressemblance qui existe entre les caractères de cette infection rudimentaire et ceux du choléra vrai, ne peut pas être invoqué pour nier, *à priori*, la nature cholérique des légers symptômes produits par l'inoculation et refuser tout fondement à la prétention de communiquer ainsi l'immunité contre la maladie naturelle. L'efficacité de l'inoculation préventive est rendue probable par l'exemple de faits analogues aussi nombreux que bien établis, qui sont exploités avec le plus grand succès en médecine vétérinaire. — 3° Dans les cas connus auxquels il vient d'être fait allusion et qui concernent surtout la péripneumonie et le charbon emphysémateux, l'infection virulente par les agents pathogènes proprement dits est indéniable, et intervient seule pour faire naître l'immunité. Les matériaux solubles contenus dans la très minime quantité de liquide inoculé n'exercent pas d'action directe sur les résultats de l'inoculation. Il n'y a pas lieu de supposer que les ptomaînes des bouillons de culture cholériques jouent un rôle plus actif, malgré la quantité relativement grande de bouillon injecté dans les inoculations de M. Ferran. — 4° L'immunité plus solide qui, d'après les statistiques de M. Ferran, serait conférée par une deuxième et surtout une troisième inoculation massive, ne prouve rien en faveur de cette intervention du poison soluble. Il est établi, en effet, dans la science, que la *même culture atténuée* inoculée à diverses reprises *en très petites quantités* augmente chaque fois l'immunité contre l'action du virus fort, grâce au multiple travail d'infection ébauchée résultant de l'inoculation.. — 5° La tolérance de l'organisme de l'homme pour les grandes masses de bouillon infectieux doit probablement s'expliquer, non seulement par les conditions défavorables du milieu dans lequel on fait pénétrer ce bouillon, mais encore par la faible activité virulente de celui ci. Il est possible, en effet, que les cultures de comma-bacillus en bouillon stérilisé, faites dans les conditions ordinaires, soient naturellement atténuées. Rien ne serait plus facile s'il en était besoin, que de les atténuer davantage par le chauffage. Le comma-bacillus appartient en effet à la catégorie des microbes pathogènes dont l'activité est très bien modifiée par la chaleur. — 6° La quantité de matière virulente à inoculer doit être réglée d'après l'activité de cette matière. Il est donc possible que les liquides de M. Ferran soient si peu actifs, qu'il y ait nécessité à les injecter à la dose de 1 centimètre cube. Mais tout porte à croire que les inoculations seraient tout aussi efficaces, si elles étaient pratiquées seulement avec deux ou trois gouttes de liquide bien préparé. — 7° Il y a peu de chances de créer des foyers d'infection par la pratique des inoculations préventives anti-cholériques, parce que les sujets inoculés ne sont pas dans les conditions favorables à la production et à la dissémination des germes malins. — 8° Les données scientifiques actuelles autorisent donc, en principe, les tentatives d'inoculation préventives du choléra, par l'injection de liquides de culture du bacille virgule dans le tissu conjonctif sous-cutané. Elles expliquent l'innocuité de ces inoculations. Mais elles ne permettent pas d'en affirmer *à priori* l'efficacité. Des expériences comparatives rigoureuses sont nécessaires à cette démonstration. — 9° De l'ensemble de cette étude il résulte qu'il y a lieu de suivre avec intérêt les inoculations de M. Ferran, malgré le caractère peu scientifique de ses recherches antérieures et de sa pratique actuelle. Il y a lieu aussi de contrôler les résultats qu'il a annoncés.

M. BOUCHARD fait part des *recherches expérimentales* auxquelles il s'est livré pendant l'épidémie cholérique de 1884. Il croit pouvoir en conclure que l'analogie nous conduit à considérer le choléra comme une maladie infectieuse, c'est-à-dire comme une maladie à microbe. Le microbe pathogène, quel qu'il soit, produit ou incite l'organisme humain à produire un poison morbide (poison cholériquo). A cette intoxication spéciale s'ajoute bientôt une autre intoxication par poison normal (poison urémique). Le myosis est l'indice de cette intoxication sur-ajoutée. L'agent pathogène du choléra ne peut pas habiter exclusivement la cavité intestinale. Le bacille virgule n'est pas l'agent producteur du poison cholérique. Nous aurons l'occasion de revenir sur cette communication.

M. LÉPINE distingue deux sortes de *néphrites* produites par les agents irritants. Les néphrites de la première classe seraient presque toutes d'origine dyscrasique, celles de la seconde classe sont les néphrites ascendantes, dont on peut observer des cas où le développement de la cystite et de la pyélo-né-

phrite n'est explicable que par l'introduction de microbes par l'urèthre.

M. A. Voisin prétend avoir traité avec succès des aliénés et des nerveux atteints de *délire partiel* ou *d'excitation maniaque* par l'*hypnotisme*. De ses observations il croit pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° L'hypnotisme produit un effet immédiat bien saillant : le *sommeil* et le *calme*, qu'aucun médicament ne pouvait amener d'une façon aussi complète, sans présenter de danger ; — 2° Il en résulte une série de phénomènes consécutifs en tête desquels il faut placer la diminution et la suppression de l'habitude morbide ; — 1° L'hypnotisme permet d'employer la suggestion et d'amener, par son influence, des modifications des idées, du caractère et des instincts ; le retour aux travaux manuels et intellectuels ; la cessation d'hallucinations et de conceptions délirantes ; le rétablissement des fonctions organiques ; la suppression de gastralgies et d'entéralgies ; la possibilité, par conséquent, d'une alimentation régulière chez des aliénés et chez des nerveux qui se refusent à manger et partant d'une bonne hygiène et ses conséquences favorables ; — 4° L'hypnotisme permet encore d'obtenir, de malades qui se refusent à rien dire qui puisse éclairer le médecin, des confidences qui lui permettent de connaître les causes et la pathogénie de leur affection nervoso-mentale, de donner des soins physiques et moraux mieux appropriés à leurs souffrances. A la suite de cette communication il s'engage une courte discussion à laquelle prennent part MM. Diday et Bernheim.

M. Azam fait une communication sur le *caractère dans les maladies ;* ses conclusions sont que : 1° Le caractère varie non seulement dans un grand nombre de maladies, mais encore dans certains cas physiologiques. 2° Ces états sont surtout la grossesse, la maternité, la digestion, etc., etc. 3° Les états morbides dans lesquels le caractère varie particulièrement sont les maladies chroniques, les fractures, le cancer, la phtisie et les infirmités. 4° On observe aussi des variations de caractère dans tous les troubles de l'esprit ; avant et après les accès ; en général, le caractère s'améliore après les accès. 5° Les variations du caractère sont un prodrome certain de la paralysie générale des aliénés. 6° On les observe aussi dans l'hystérie, la double conscience, l'épilepsie, chez les névralgiques et chez les névropathes. 7° Ils accompagnent le plus souvent la rage, l'ivresse alcoolique et diverses intoxications, l'angine de poitrine, les troubles de la digestion et les maladies des voies urinaires. 8° Le caractère peut être localisé dans les régions de la base du cerveau qui reçoivent les irradiations du cervelet.

Pour expliquer le fait de la réapparition de l'écoulement blennorrhagique, en plus grande quantité qu'auparavant, après la cessation de l'administration du copahu, dans certains cas où celui-ci n'aurait pas diminué suffisamment l'écoulement, M. Diday admet que la médication spécifique agit en diminuant les qualités nutritives du terrain où vit le gonococus ; de ce fait, ce dernier a perdu de ses qualités proliférantes, mais cesse-t-on l'emploi du copahu, le terrain uréthral recupère ses qualités nutritives et toutes les proliférations retardées faute d'aliment reprennent leur essor.

M. C. Paul préconise dans le traitement de la blennorrhagie les injections chaudes à 40° de sublimé ; elles auraient l'avantage en dilatant les orifices glandulaires, de détruire plus sûrement le gonococus partout où il peut exister. Ce traitement serait très bien supporté et guérirait les blennorrhagies en 8 à 10 jours.

Telle n'est pas l'opinion de MM. Spillmann et Landowski qui n'auraient pas eu à se louer de l'emploi de ce traitement.

M. Reclus communique une observation de malade chez lequel on avait cru d'abord pouvoir diagnostiquer un *syphilome ano-rectal* ; mais l'apparition consécutive d'un chancre infectant et la constatation faite par M. Malassez, de *fibres musculaires lisses* bien développées au milieu des tumeurs enlevées ne permettent plus de s'arrêter au premier diagnostic ; il croit devoir proposer de donner à ce néoplasme le nom de *molluscum fibreux*.

M. Grasset, constatant que le thermomètre, tel qu'on l'applique aujourd'hui ne donne qu'une idée incomplète et inexacte de la fièvre d'un sujet, parce qu'il indique simplement la température du corps, sans tenir compte de la chaleur émise, propose, pour apprécier celle-ci, une méthode basée sur la vitesse d'ascension de la colonne thermométrique. Le rapport de l'ascension du thermomètre, pendant la première minute à l'ascension totale, donne un nombre qui représenterait le pouvoir émissif du corps.

Dans le *traitement de la gangrène pulmonaire*, M. C. Paul aurait employé, avec plein succès les inhalations phéniquées concurremment avec l'*alcoolature d'Eucalyptus* donnée à la dose quotidienne de 2 grammes.

M. Luton fait une communication sur les injections intramusculaires du *mercure métallique* dans le traitement de la syphilis. Nos lecteurs trouveront l'exposé de cette méthode dans le *Manuel des injections sous-cutanées* de MM. Bourneville et Bricon (p. 99.)

La section de médecine du Congrès de l'association française pour l'avancement des sciences a pris à l'unanimité la délibération suivante au sujet des mesures sanitaires contre le choléra.

Le Congrès déclare que les quarantaines terrestres, les cordons sanitaires et les fumigations sont des mesures inutiles et dangereuses. Le choléra doit être arrêté à son entrée par la mer Rouge. Les seules précautions sur les frontières terrestres doivent être : la visite médicale des voyageurs, la visite des wagons et la désinfection des linges, des vêtements et des objets de literie par la chaleur humide. — Les quarantaines maritimes doivent être imposées suivant la limite et la forme convenue par la conférence internationale de Rome. — Le Congrès déclare, en outre, que l'assainissement des villes par la propreté est le seul moyen efficace contre l'extension du fléau. (*A suivre*).

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 18 août 1885. — Présidence de M. Bergeron.

M. Le Roy de Méricourt, lit, au nom de M. Solari (de Marseille) une note relative au *choléra*. D'après M. Solari, Toulon et Marseille ne subissaient aucune influence morbide gastro-entérique avant l'invasion du choléra, importé par la *Sarthe* à Toulon. Depuis cette époque, juin 1883, les cholérines, les affections diarrhéiques ont régné durant tout l'hiver 1883-1884, et se sont accentuées avec les chaleurs. Le choléra nous aurait été apporté du Tonkin, où il règne à l'état endémique, comme dans tous les deltas asiatiques. Il serait utile d'établir un établissement de convalescence dans l'une des îles d'Hyères, l'île du Levant par exemple. Quant à l'état hygiénique de Marseille et de Toulon, il est incontestablement défectueux ; néanmoins, le choléra n'y nait jamais subitement ; il convient qu'il y soit importé. Sans cette importation, Marseille et Toulon ne resteraient pas dix-neuf ans sans épidémie.

M. Brouardel n'accepte pas les appréciations de M. Solari sur le choléra de Marseille, car les faits ne démontrent nullement que le choléra ait été importé par le transport la *Sarthe*. En outre, le choléra n'est nullement endémique au Tonkin, comme dans tous les deltas de l'Inde. En ce qui concerne Marseille, M. Brouardel s'est plu à reconnaître les services rendus par la municipalité et par la Commission des logements insalubres, mais regrette que les efforts de tous soient paralysés par les règlements actuellement en vigueur.

M. Vallin présente, au nom de M. le Dr Bourgeois, une *lancette à vaccination*.

M. Féréol communique un nouveau cas de *chromidrose* qu'il a eu l'occasion d'observer avec M. Sabourin.

M. Gibier communique en son nom et au nom de M. Van Ermenghem (de Bruxelles), une note relative aux *injections sous-cutanées de bacille du choléra* et ayant pour but de rechercher si elles préservent de cette maladie. Les injections sous-cutanées de cultures du bacille virgule ne préservent pas du choléra les animaux sur lesquels on expérimente. Ces expériences ont été pratiquées sur des cobayes, en injectant d'abord deux centimètres cubes de culture

virulente, puis trois semaines plus tard, en injectant à ces mêmes animaux du liquide de culture soit dans l'estomac, soit dans le duodénum. Or, ces animaux sont morts avec les symptômes du choléra. L'examen microscopique et les cultures ont révélé une énorme quantité de bacilles caractéristiques dans les liquides intestinaux.

M. J. Guérin lit une note sur le *traitement complémentaire des pieds bots compliqués par la syndesmotomie sous-cutanée des ligaments du pied.*

M. de Villiers fait une communication sur le *choléra* dans le midi. De cette communication, il semble résulter que l'épidémie reste stationnaire à Marseille, ne s'aggravant ni ne s'étendant. Si l'épidémie de l'année dernière semble n'avoir pas été précédée par une période prémonitoire, dite diarrhéique, il ne parait pas en être de même aujourd'hui. Cette année, en effet, les dérangements gastro-intestinaux ont été remarquablement nombreux avant l'apparition du choléra.

M. L. Lallement lit un travail historique sur l'*enfance abandonnée* et étudie particulièrement la mortalité des enfants abandonnés à la maison de la couche à Paris durant les XVIIe et XVIIIe siècles.

M. Lunier lit plusieurs *rapports sur les remèdes secrets.*

A. Josias.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 5 décembre 1884. — Présidence de M. Cornil.

1. M. Barbier présente une tumeur solide de l'ovaire, pesant 13 livres, opérée par M. Polaillon. Cette tumeur serait un sarcôme encéphaloïde.

M. Cornil croit plutôt à un myome et demande un nouvel examen histologique.

M. Chantemesse montre des pièces provenant d'un cas de péritonite chronique sans tubercules avec ascite à répétition.

M. Marie rapproche cette observation de trois faits semblables rapportés dans le *Centralblatt.* L'ascite était attribuée à un obstacle veineux.

M. Cornil croit que l'irritation chronique du péritoine joue un grand rôle dans la production de l'épanchement.

M. Quenu fait remarquer qu'en effet de grosses tumeurs ne provoquent pas d'ascite, quand de petites en occasionnent; mais que l'état du péritoine, il cite un cas à l'appui, n'est pas toujours suffisant.

2. M. Metaxas présente un cancer cutané de la région lombaire: épithéliome polygonal atypique ayant probablement eu pour point de départ les glandes sudoripares, d'après M. Verneuil.

M. Cornil dit que les tumeurs qui ont pour point de départ les glandes sudoripares sont, en général, bénignes et non malignes comme celle dont il s'agit qui paraît être un carcinome.

3. M. Quenu explique par un retard dans la formation de la cloison interventriculaire, une anomalie des cavités cardiaques présentée par M. Cayla. La cloison bulbaire serait descendue, mais n'aurait pas rencontré la cloison interventriculaire.

M. Cornil dit que cette descente de la cloison bulbaire n'est peut-être qu'une hypothèse, que, d'après Koller, la cloison artérielle de structure fibreuse se formerait avant la cloison interventriculaire.

4. M. Frémont montre un kyste suppuré de l'ovaire, communiquant par une petite ulcération avec l'intestin.

M. Cornil dit qu'en dehors de la puerpéralité, ces faits-là sont rares.

5. M. Dreyfous fait une communication sur un cas de cirrhose atrophique. En dehors des lésions ordinaires de la cirrhose, de la péritonite chronique localisée, il insiste sur une hémorrhagie interstitielle remplissant aussi la cavité d'une anse intestinale, sur l'état de distension des veines et sur une thrombose de la mésentérique supérieure.

M. Quenu rapproche ce fait d'une observation personnelle présentée à la Société anatomique.

M. Cornil ajoute qu'il faut aussi rapprocher tous ces faits d'adhérences, d'oblitérations que l'on trouve dans les cirrhoses.

M. Dreyfous insiste sur le point d'élection.

M. Durand-Fardel rappelle qu'il a présenté un cas dans lequel il y avait une sclérose considérable de la veine splénique.

Séance du 12 décembre 1884. — Présidence de M. Quenu.

6. M. Joffroy présente des lésions tuberculeuses bilatérales de l'encéphale. Les pièces proviennent d'un enfant de 16 mois chez lequel on observait de la parésie de la jambe gauche, de la paralysie complète de la main et du bras du même côté, une attaque convulsive passagère, de la paralysie faciale incomplète du côté droit portant seulement sur le facial inférieur. Cette dernière particularité faisait exclure le siège habituel des lésions de l'hémiplégie alterne. A l'autopsie, on trouva dans l'hémisphère gauche des granulations tuberculeuses le long de la scissure de Sylvius, et dans l'hémisphère droit un tubercule en arrière du genou de la capsule interne.

7. Lipome de la pie-mère; par Ch. Féré.

Les tumeurs graisseuses de l'encéphale sont très rares, plus rares même que ne semblerait l'indiquer la lecture des auteurs, car un bon nombre de tumeurs dites graisseuses du cerveau, appartenant aux centres nerveux eux-mêmes, sont d'une tout autre nature. Les vrais lipomes de l'encéphale paraissent appartenir tous à la pie-mère. Le siège est d'autant plus remarquable que la pie-mère, à l'état normal, semble complètement dépourvue de graisse. Pourtant Virchow signale l'existence de quelques traces de tissu graisseux sur le raphé du corps calleux et de la voûte à trois piliers: Virchow et Parrot ont observé chacun un cas d'une sorte de lipome diffus du raphé du corps calleux. On trouve encore plusieurs exemples de tumeurs du même genre développées dans la toile choroïdienne et les plexus choroïdes. Mais le siège de prédilection des lipomes de la pie-mère est à la base de l'encéphale, où on les a rencontrés au voisinage des olives (Cruveilhier), entre le pont de varole et l'hémisphère cérébelleux gauche (Klob); et le plus souvent ils siègent au voisinage du chiasma (Meckel) et des tubercules mamillaires, (Virchow, Chiari, etc.)

La petite tumeur que je présente à la Société occupe précisément cette situation: elle repose dans l'espace compris entre les deux tubercules mamillaires et la partie postérieure de la tige pituitaire.

Les lipomes de la pie-mère peuvent être diffus comme dans le cas de Parrot notamment; plus souvent ils se présentent sous forme de tumeurs limitées, généralement arrondies. Leur volume ne dépasse guère celui d'une noisette (Nuckel), d'un haricot (Klob); plus souvent ils ne dépassent pas celui d'un pois, comme chez notre sujet.

Le peu de développement de ces tumeurs nous explique comment on ne les a guère vu déterminer de phénomènes de compression. Cependant, bien que le plus souvent il s'agisse, comme dans notre cas encore, de lipomes purs, ou très pauvres en éléments fibreux, le tissu nerveux peut être plus ou moins déprimé; il en était ainsi dans un fait de Chiari, où le tubercule mamillaire était déformé.

Les tumeurs graisseuses de la pie-mère peuvent se développer à tous les âges; dans le fait de Parrot, il s'agissait d'un tout jeune enfant: la pièce que je vous présente provient d'une vieille femme de 79 ans.

8. M. Charrin montre des cultures de pus bleu qui, au lieu d'être complètement bleues, sont verdâtres. Ces cultures

n'en contiennent pas moins le micrococcus pyocaneus, et la preuve c'est qu'on en extrait aisément une matière bleue soluble dans le chloroforme, rougissant par les acides, et passant au bleu verdâtre par un alcali, c'est-à-dire offrant des caractères chimiques de la pyocyanine. La coloration verte est due soit à la teinte jaune du bouillon, qui, en s'unissant au bleu, peut donner du vert, soit à la production simultanée de pyoxanthose, soit encore à l'apparition dans les cultures d'un microbe ovoïde ou en bâtonnet court et donnant naissance à une couleur verdâtre fluorescente, non soluble dans le chloroforme.

9. M. Phocas rappelle qu'il a fait une communication sur une tumeur des gaines de la main, sur la nature de laquelle on avait discuté. L'examen histologique pratiqué par M. Suchard a montré qu'il s'agissait bien d'un chondrome.

M. Suchard dit qu'à la périphérie, il y a avait du tissu fibreux en dessous du cartilage, qu'il y avait aussi des ostéoplastes, mais qu'on ne trouvait pas les systèmes des lamelles alternativement striées et homogènes.

M. Quenu dit qu'en dehors des os et des glandes (parotide, testicule, etc.) les chondromes sont très rares.

M. Suchard ne croit pas cette rareté excessive.

REVUE D'OTOLOGIE ET DE RHINOLOGIE

I. Traité des maladies de l'oreille; par Politzer. Trad. par Joly (de Lyon). — Doin, Paris, 1884.
II. Manuel pratique des maladies de l'oreille; par Lévi. — Delahaye et Lecrosnier, éditeurs, 1885.
III. Précis des maladies de l'oreille; par Gellé. — Paris J. Baillière, 1885.
IV. Essai sur les valeurs du corps humain dans l'état de santé et dans l'état de maladie; par E. Monin. — P. Carré, éditeur. Paris, 1885.

I. M. le Dr Joly a entrepris de traduire l'ouvrage du professeur Politzer, de Vienne, dont nul n'ignore la haute compétence en maladie d'oreilles. Ce travail est le fruit de nombreuses années d'étude et d'expérience. L'anatomie et la physiologie des diverses parties de l'oreille y sont étudiées longuement. Les diverses méthodes d'exploration y sont tour à tour signalées successivement. L'auteur recommande beaucoup l'emploi de son procédé. L'on sait qu'il consiste à insuffler de l'air par une narine au moyen d'une poire en caoutchouc que l'on presse au moment où le malade avale une gorgée d'eau, en même temps que l'on ferme hermétiquement le nez au moyen du pouce et de l'index. Politzer s'étend sur ce procédé et le compare à celui de Valsalva et au cathétérisme.

Il décrit ensuite les divers modes d'exploration de l'oreille : montre, diapason et acoumètre. Il préfère l'emploi d'un cylindre d'acier horizontal, relié au moyen d'un écrou à une colonne verticale en caoutchouc durci. Un marteau est fixé sur cette colonne; le son est produit par le choc du marteau sur le cylindre d'acier.

L'auteur passe ensuite à l'étude des maladies de l'oreille moyenne, en commençant par celles de la membrane du tympan. Il décrit l'otite moyenne aiguë, les catarrhes de l'oreille moyenne, les maladies de l'espace naso-pharyngien et des fosses nasales, les processus adhésifs de l'oreille moyenne et leur traitement chirurgical, puis les otites moyennes purulentes et leurs complications, et les maladies de l'apophyse mastoïde.

Vient ensuite l'étude de l'oreille externe, puis celle des néoplasies, des névroses et des lésions traumatiques de l'appareil de transmission du son. En dernier lieu, Politzer décrit les maladies de l'appareil de perception (oreille interne). Les derniers chapitres sont consacrés aux difformités de l'ouïe, à la surdi-mutité et aux instruments acoustiques.

Le Dr Joly a ajouté au traité de Politzer un recueil des formules thérapeutiques qui se trouvaient dans l'ouvrage.

Nous n'avons pas la prétention de donner ici une analyse détaillée de l'ouvrage; qu'il nous suffise de dire que ce traité est sans contredit le plus complet de ceux que nous possédons actuellement en otologie.

II. Après avoir donné les principales règles à suivre pour interroger le malade, l'auteur passe successivement en revue l'examen de l'état de la fonction auditive par la montre, le diapason et la voix. Pour lui, la méthode de Gellé, qui consiste à condenser l'air dans le conduit auditif et à déterminer alors la perception crânienne, ne donne pas des résultats certains permettant de diagnostiquer une affection de l'oreille moyenne d'une lésion du labyrinthe.

Lévi étudie ensuite les moyens mis en pratique pour l'exploration de l'oreille (spéculums, éclairage, cathétérisme). Il donne la préférence à l'éclairage réfléchi et au spéculum plein. L'auteur a remplacé le procédé de Valsalva par le procédé suivant : il fait ouvrir au malade la bouche aussi largement que possible et l'engage à se moucher en comprimant le nez entre le pouce et l'index. L'air pénètre mieux dans les trompes qu'avec l'expérience de Valsalva.

Nous ne partageons pas l'avis de M. Lévi lorsqu'il dit qu'il est rare qu'on arrive du premier coup à explorer la cavité naso-pharyngienne au moyen du miroir pharyngien, et qu'il conseille l'usage d'un crochet spécial pour soulever le voile du palais. Nous avouons que le crochet, loin de nous faciliter l'examen de la cavité naso-pharyngienne, nous en a toujours rendu l'exploration plus difficile.

Le deuxième chapitre traite les maladies du pavillon. Quelques mots d'anatomie précèdent l'étude des anomalies, des lésions traumatiques et inflammatoires, et des tumeurs de cet organe.

Dans les chapitres suivants, l'auteur suit la même marche pour les maladies du conduit, de la membrane et de la caisse du tympan, de la trompe d'Eustache, de l'apophyse mastoïde et de l'oreille interne.

Le traitement des affections de l'oreille moyenne, principalement des maladies chroniques, est étudié longuement. Comme celles-ci sont souvent liées à des affections du nez et de la gorge, l'auteur insiste sur le traitement du catarrhe naso-pharyngien et sur celui des tumeurs adénoïdes. L'incision de la bourse postérieure et la ténotomie du tenseur du tympan ont reçu le développement que comportaient ces opérations.

Les derniers chapitres sont consacrés à l'étude de la surdi-mutité, aux divers cornets et instruments acoustiques, à la surdité simulée ou dissimulée, à l'hygiène de l'oreille et enfin à l'examen de l'oreille sur le cadavre.

Ce précis donne un tableau exact de l'état de la science sur les questions qui y sont traitées, aussi le conseillerons-nous à tous ceux qui veulent se tenir au courant des études otologiques.

III. Cet ouvrage est divisé en dix parties, qui traitent de l'oreille interne, du tympan, de la caisse, des cellules mastoïdiennes, de la trompe d'Eustache, de l'oreille interne, du nerf auditif et des centres acoustiques.

Les affections de l'oreille et la surdité sont étudiées dans leurs rapports avec les maladies générales et locales, puis dans les professions; enfin, au point de vue médico-légal, du service militaire, de la simulation, des assurances, etc.

Des chapitres spéciaux sont consacrés à la surdité chez les écoliers, à la synthèse auriculaire et aux affections du pharynx et des fosses nasales.

Dans le chapitre consacré aux affections cutanées, M. Gellé décrit dans le même paragraphe les eczémas et l'impétigo, et dans le paragraphe suivant, l'herpès et l'eczéma. Pour le lupus, l'auteur ne mentionne que le traitement par les scarifications qui, aujourd'hui, sont remplacées généralement par les cautérisations au galvano-cautère ou au thermo-cautère. A l'article *speculum auris*, l'auteur donne comme modèle le spéculum du nez de Duplay. Les parasites végétaux du conduit et du tympan sont réunis sous le nom de myringite parasitaire.

Nous ne partageons pas l'opinion de M. Gellé sur le bourrelet gélatineux de la caisse du nouveau-né, car

maintes fois et même encore récemment, sur un fœtus de sept mois et demi, qui était macéré, nous avons pu observer la résorption complète du contenu de la caisse.

Il nous semble que les figures relatives aux maladies du pharynx sont trop schématiques pour donner une idée juste des diverses altérations de cet organe.

L'auteur conseille d'employer le miroir prismatique pour examiner le pharynx, mais cet instrument, déjà employé par Warden, en 1844, a été abandonné pour les petits miroirs ronds et carrés.

A part ces quelques légères critiques, le livre de Gellé mérite d'attirer l'attention des cliniciens, qui y liront en détail les divers procédés d'investigation des troubles fonctionnels et leur signification, en même temps qu'ils auront des notions suffisantes de pathologie et de thérapeutique auriculaires. Nous nous associons aux paroles qui terminent la préface de l'auteur :

« La surdité incurable, loin de môntrer l'insuffisance des soins et l'incapacité de ceux qui les donnent, indique surtout l'ignorance fâcheuse de la plupart des médecins en pathogénie auriculaire, ignorance excusable puisque l'enseignement officiel spécial fait défaut.

IV. Déjà, depuis longtemps, la vue, l'ouie, le toucher, le goût même sont utilisés en médecine; l'odorat seul est l'objet d'un injuste discrédit. Le Dr Monin a voulu réhabiliter ce sens, qui est appelé à nous fournir d'utiles renseignements pour le diagnostic. »

Il étudie d'abord l'odeur cutanée, variable avec les individus, les sexes, les races, l'âge et la profession; puis il rassemble les odeurs pathologiques que dégage la peau dans la goutte, le carreau, le diabète, les fièvres infectieuses, le rhumatisme, la suette miliaire et les dermatoses. C'est l'objet de son premier chapitre.

Dans un deuxième, il nous donne les caractères de l'haleine nasale (ozène) et de l'haleine buccale dans les fièvres, la gangrène, le diabète, l'urémie, les maladies du tube digestif et les affections des voies respiratoires.

Le troisième chapitre est consacré à l'odeur des crachats dans la bronchite fébrile, l'apoplexie pulmonaire et le cancer des poumons; le quatrième renferme les renseignements que nous fournit l'odeur des vomissements et des éructations (catarrhe gastrique, choléra, vomissements fécaloïdes, cancer, etc.), et le cinquième, l'odeur des matières fécales et des gaz intestinaux.

Le sixième chapitre contient les caractères de l'odeur de l'urine, et le septième ceux des organes génitaux de la femme. Enfin, dans un dernier chapitre, l'auteur rassemble des faits connus ayant trait à la purulence et à la gangrène. Il s'étend sur la suppuration de l'oreille et celle des amygdales, et consacre plusieurs pages à l'étude des abcès.

Nous croyons que ce livre attirera l'attention des praticiens et aidera à réhabiliter un sens actuellement trop peu utilisé en médecine. Cependant, quelques-uns de nos maîtres ont su l'appliquer en différentes occasions. Nous n'en citerons qu'un exemple, celui du professeur Verneuil qui, ayant mis à nu une anse intestinale, demanda le meilleur flair de l'assistance pour sentir si l'anse était ou non gangrenée. J. BARATOUX.

CORRESPONDANCE

Les hôpitaux en Scandinavie.

5 aout 1885.

Monsieur le rédacteur,

Nous avons visité à Gotteborg (Suède) l'hôpital général, situé à une des extrémités de la ville, presque à la campagne. L'hôpital est semi-circulaire et a deux étages. L'un est occupé par la médecine, l'autre par la chirurgie. Il y a place à environ 200 malades. Chaque salle contient 16 lits. Il n'y a pas de salle spéciale pour les enfants. Le médecin et son aide font la visite et sont accompagnés d'un grand nombre d'infirmières. Elles défont et refont les pansements suivant la méthode de Lister, qui nous a semblé être appliquée sans une grande conviction. L'hôpital contient une salle d'opérations, une salle spéciale pour les ovariotomies et une salle pour isoler les érysipélateux. Non loin de là se trouve la Maternité. Il y a 30 lits répartis dans 5 ou 6 pavillons en bois, parfaitement isolés. Chaque chambre contient 1 ou 2 lits. Une infirmière couche toujours avec la nouvelle accouchée. En 1884, pour 300 accouchements, il y a eu 3 ou 4 décès.

A Kristiania se trouve le plus bel hôpital de Norwège et peut-etre d'Europe, *del nije Rigshospital*, 300 lits. En dehors du bâtiment réservé à l'administration, cet hôpital, entièrement neuf, se compose de 2 corps de bâtiments de 2 étages, l'un pour la médecine, l'autre pour la chirurgie. Chaque bâtiment comprend 3 pavillons réunis par un corridor. Les salles contiennent de 2 à 20 malades; elles sont larges, hautes, bien aérées ; pas d'encombrement. Les corridors et les escaliers sont monumentaux. Partout des calorifères. Il y a beaucoup de rhumatismes et d'ulcères de l'estomac. Les typhiques sont isolés dans un pavillon en bois; il y a 20 lits. Au mois de juin 1885, un seul était occupé. Dans un bâtiment séparé sont la cuisine, la lingerie et les bains. L'administration a fait construire de superbes bains romains ; de plus, à chaque étage, il y a une salle de bains.

Salle d'opérations avec gradins permettant à tous les spectateurs de voir. L'antiseptie est faite avec le plus grand soin; l'opérateur et tous les aides sont revêtus de blouses blanches immaculées.

Un bâtiment spécial est réservé à l'anatomie pathologique. Laboratoires avec étuves, microscopes, réactifs, etc. Au premier étage une salle d'autopsie avec ascenseur pour monter les sujets. Cette salle, par ses dimensions, sa propreté, je dirai presque par son luxe, par son abondance d'eau, ne ressemble en rien à celles que nous sommes habitués à voir. A côté, une salle de cours splendidement éclairée, avec bancs et tables, ce qui permet aux élèves de ne pas écrire sur leurs genoux.

La Maternité, avec une école de sages-femmes pour toute la Norwège, contient 25 lits. Il s'y fait 400 accouchements par an. Nous pensons qu'elle doit beaucoup ressembler à l'ancienne Maternité de Paris. Malgré cela le nombre de décès y est presque insignifiant. L'hôpital est en réparations. Nous espérons que dans les nouveaux bâtiments, on suivra les errements de nos services d'accouchements. M. Paul Moreau (de Tours) ayant fait dernièrement une communication (1) sur les asiles des aliénés en Norwège, nous ne dirons presque rien du splendide asile de Gaustad près de Kristiania. Il contient 330 lits répartis en 8 pavillons, 4 pour les hommes, 4 pour les femmes. Le Dr Lindböe, le directeur, est arrivé à supprimer tous les moyens de contention. Il agit par persuasion sur ses malades. Etant donnée la température moyenne de la Norwège, les bains et les douches, qui sont chez nous d'un si grand secours, sont presque négligés en Scandinavie.

L'hôpital des lépreux, *Reitgjardetz Pleistiftitse* est situé à 2 kilom. de Throndjem ; 200 malades adultes à tous les degrés de la maladie y sont hospitalisés. La forme tuberculeuse est plus fréquente que la forme anesthésique. Le Dr Sand nous a raconté que, depuis 10 ans qu'il est médecin de l'asile, deux lépreuses, après avoir eu des rapports avec des lépreux ont accouché de 2 enfants sains. Le Dr Hansen (de Bergen) nous a affirmé que dans sa clientèle il connaissait quantité de faits analogues. Chaque salle contient une dizaine de lits.

Un gardien nous a fait visiter l'asile des aliénés de Throndjem où sont renfermés 150 malades. Les moyens de contention ne sont pas plus employés qu'à Gaustad, mais nous y avons trouvé les malades plus agités. A Hammerfest nous avons vu un petit hôpital contenant une dizaine de lits. Rien ne mérite d'y être signalé.

A Bergen, il existe 3 hôpitaux de lépreux ; 2 appartiennent à l'Etat et 1 à la ville. Ce dernier ne contient qu'un petit nombre de lits, mais chaque malade est isolé et a sa chambre. Il y a à Bergen environ 300 lépreux hospitalisés. Les hôpitaux sont vastes, très propres et bien aérés. L'un est spécialement consacré aux malades que l'on considère comme susceptibles de guérison; on compte quelques succès. Les tubercules envahissant fréquemment la cornée laissent fatalement à leur place

(1) *Annales médico-psychologiques*, T. I, janvier 1885.

une opacité. Le Dr Böckmann a récemment imaginé, quand ces tubercules sont périphériques, de pratiquer la kératotomie. Il a pu ainsi conserver la vue à quelques malheureux lépreux.

L'asile d'aliénés privé du Dr Sandberg est situé dans de très vieux bâtiments étroits, ce qui donne à l'asile, quand on le compare aux constructions monumentales de Kristiania et de Throndjem un aspect triste et encombré. Le cadre est certainement pour beaucoup dans cette impression. Les femmes très peu nombreuses, sont enfermées à l'autre extrémité de la ville. Là, comme dans les autres asiles, on emploie le système de douceur.

Nous avons visité à Bergen la clinique ophthalmologique du Dr Böckmann et la clinique des maladies des femmes et des enfants du Dr Kreyberg. Un grand nombre de malades y sont soignés gratuitement chaque jour.

Qu'il me soit permis en terminant, d'adresser mes remerciements aux Drs Walther (de Gotteborg); E. Bull et Lindböe, (de Kristiania) ; Sand (de Throndjem): Danielsen, Böckmann, Hansen, Sandberg et Kreyberg (de Bergen) près desquels j'ai trouvé dans mon voyage un accueil si bienveillant et si empressé.

Veuillez agréer. Paul AUBRY.

BIBLIOGRAPHIE

Un cas d'empoisonnement par la benzine ; par M. KAZEM-BEK. (*Journal des médecins de Kasan*. N° 10, 18'5).

M. K..., sous-officier en retraite, ivrogne, avala le 1er janvier 1885, 12 gr. de benzine qu'il a pris, en état d'ivresse, pour de l'eau-de-vie. Quinze minutes après, il est tombé sans connaissance. Examiné après deux heures, il était dans l'état suivant : paupières demi-closes, pupilles dilatées, réagissant très peu à la lumière ; anesthésie de la peau, respiration inégale ; pouls petit, fréquent ; corps froid au toucher. membres paralysés, ventre enflé, exerétion abondante de benzine par les voies respiratoires, narcose profonde. Après 17 heures 1/2, mort par asphyxie. L'autopsie a montré que la benzine n'avait produit aucune action corrosive sur les muqueuses avec lesquelles elle a été en contact immédiat. Les modifications pathologiques siégeaient surtout dans le cerveau ; c'est pourquoi l'auteur pense que la benzine devrait être rangée parmi les poisons du système nerveux. Jacques ROUBINOVITCH.

VARIA

Choléra.

	Chiffre total des décès.	*Hôpital du Pharo.* entrées.	décès.	restant en traitement.
Marseille. — 13 août.	35	8	2	53
— 14 —	34	18	13	56
— 15 —	»	»	»	»
— 16 —	27	19	7	70
— 17 —				

Le 16 août, on a constaté des décès suspects à Mourrières et à Salon. Le choléra a envahi le département de l'Hérault. Un décès cholérique a été constaté sur un bâtiment français venant de Marseille, en quarantaine au lazaret de Port-Mahon.

Toulon. — Les journaux politiques publient les dépêches suivantes : 19 août. On a constaté ce matin officiellement deux cas de choléra, dont un grave, au Pont-du-Las et à Saint-Roch, quartiers du faubourg où les mauvaises conditions hygiéniques sont permanentes. On a constaté, en outre, six cas parmi des militaires, dont deux sont survenus dans l'hôpital militaire. Tous les individus atteints sont des hommes débilités par la dyssenterie ou des maladies antérieures. La population est, d'ailleurs, parfaitement calme. — 19 août. Un décès cholérique. celui d'un soldat du 61e d'infanterie, a été constaté aujourd'hui à l'hôpital maritime. — 20 août. Deux nouveaux cas de choléra ont été constatés cette nuit, l'un au faubourg Saint-Roch, l'autre au centre de la ville. L'un des cas signalés hier a été suivi de décès ; les autres malades vont mieux. La population ignore l'état sanitaire ; les journaux de la localité sont muets à ce sujet. La situation,en somme, n'a rien de grave.

Espagne. — L'épidémie continue à sévir dans la plupart des provinces de l'Espagne ; toutefois elle semble entrer dans une période de décroissance, si l'on s'en rapporte aux statistiques fournies par les journaux. Le gouvernement a supprimé les quarantaines terrestres dans l'intérieur du royaume, mais les a établies sur les frontières de France et autour de Gibraltar.

	12 AOUT.		13 AOUT.		14 AOUT.		15 AOUT.		16 AOUT.		17 AOUT.		18 AOUT.	
PROVINCES :	*Cas.*	*Décès.*	*Cas.*	*Décès.*	*Cas.*	*Décès.*	*Cas.*	*Décès.*	*Cas.*	*Décès.*	*Cas.*	*Décès.*	*Cas.*	*Décès.*
Alicante	138	67	112	52	53	27	99	19	94	23	78	38	»	»
Badajoz	6	2	3	1	4	5	5	2	2	6	3	»	1	»
Jaen	52	32	43	36	30	17	63	31	55	23	»	»	100	31
Murcie	142	53	168	33	145	56	120	51	185	27	150	63	166	68
Tarragone	87	37	71	18	7	1	64	18	87	31	58	24	134	40
Albacète	210	73	»	»	260	106	183	80	232	73	211	78	223	77
Tolède	134	63	109	52	112	42	116	57	89	45	133	44	128	39
Grenade	765	338	1025	404	852	416	908	392	855	354	»	»	356	169
Sarragosse	711	276	»	»	807	306	816	267	771	507	751	229	957	148
Castillon	221	82	162	54	167	66	129	66	139	47	113	46	145	51
Terruel	522	184	352	131	361	117	440	155	363	103	349	117	292	109
Cordoue	47	21	43	25	74	33	86	30	81	29	76	28	89	18
Valence	126	52	138	61	211	96	163	65	189	48	100	38	134	43
Zamora	13	10	10	4	58	23	22	13	20	15	214	21	13	15
Soria	102	26	46	11	83	27	53	17	54	26	58	13	71	18
Ségovie	35	15	38	13	64	24	18	7	17	7	31	9	32	7
Navarre	296	98	385	93	310	121	253	85	304	87	294	119	386	95
Lerida	27	10	77	16	60	18	104	31	91	49	93	33	87	48
Gerone	26	5	202	10	»	»	35	11	37	11	25	10	45	8
Palencia	7	5	27	6	33	8	»	»	179	15	65	13	49	13
Salamanque	2	»	3	1	4	»	5	3	2	1	1	»	20	6
Guadalajara	26	7	»	»	37	9	9	3	21	7	13	5	22	10
Burgos	24	6	20	6	16	8	25	14	32	7	26	6	33	12
Cuenca	234	73	277	71	261	63	156	64	110	31	324	84	392	86
Ciudad-Real	36	13	32	14	51	34	85	23	45	39	52	41	79	28
Huesca	100	13	97	25	171	24	89	17	30	29	128	26	160	19
Valladolid	100	31	»	»	96	45	116	39	105	55	154	55	227	68
Almeiria	»	»	129	28	84	27	104	30	93	27	170	67	133	64
Barcelone	»	»	»	»	»	»	42	39	33	29	42	35	51	27
Logrono	»	»	226	45	105	20	103	24	12	5	58	21	76	19
Malaga	»	»	33	14	27	8	26	21	80	19	66	22	73	23
Madrid	54	25	48	38	31	16	30	16	25	16	33	19	33	26
Environs	129	37	79	19	79	30	46	17	71	30	52	17	51	19
Lazaret de Mahon	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	4	»	»	»

Espagne. — Un médecin de Grenade aurait sauvé 14 cholériques sur 15 malades entrés dans la seconde période du choléra, par des injections d'*éther* dans le rectum. Ce médecin aurait reçu l'autorisation d'appliquer ce traitement dans les hôpitaux. Un de nos collaborateurs a employé en 1873 les injections hypodermiques d'éther dans le choléra ; l'éther avait du reste depuis longtemps été utilisé dans le traitement de cette maladie.

Gibraltar, 14 août. — On a enregistré 3 décès cholériques à Gibraltar ; la maladie ne présentait pas les caractères du choléra asiatique ; 2 décès sont survenus dans une maison misérable occupée par 47 personnes et dans laquelle toute précaution sanitaire avait été négligée. Le consul d'Espagne a constaté qu'il y avait eu deux morts cholériques dans le territoire espagnol environnant Gibraltar (*Matin*).

Russie. — Saint-Pétersbourg, 12 août. — A Odessa, 6 cas de choléra asiatique auraient été signalés ; à Kieff, un seul. Des quarantaines sévères sont imposées aux navires d'Odessa. Une commission sanitaire est partie aujourd'hui de Saint-Pétersbourg, pour se rendre à Kieff et à Odessa (*France libre*).

Un peu de médecine légale au commencement du siècle

Voici une note bien curieuse que j'ai l'honneur de présenter aux lecteurs du *Progrès médical*, et que je dois à l'obligeance de l'honorable M. Cousin, bibliothécaire du Musée Carnavalet. Il s'agit de l'autorisation accordée à de braves boulangers de la rue du Grenier Saint-Lazare; de conserver chez eux dans *un bocal* le fruit de leurs œuvres venu malheureusement avant terme et que ces pauvres gens ont voulu probablement mettre devant leurs yeux sur la commode de la famille, pour raffermir et régénérer leur ardeur pour des jours plus heureux. Le préfet de la Seine, du reste, comprend parfaitement la chose et donne pleine et entière satisfaction à leur demande.

Ampliation (1).

PRÉFECTURE DU DÉPARTEMENT DE LA SEINE.

Autorisation de conserver dans un bocal rempli d'esprit de vin, un fœtus mort-né à cinq mois de terme.

Vu la pétition présentée le 9 de ce mois par le citoyen Louis Claude Harant, boulanger, rue Grenier Saint-Lazare, n° 664, division de la Réunion, à l'effet d'être autorisé à conserver dans un bocal rempli d'esprit de vin, le fœtus du sexe féminin et mort-né dont Marie-Jeanne-Louise Coquillon son épouse est accouchée ledit jour à cinq mois de terme.

Vu pareillement l'avis du citoyen Baguet, docteur en médecine, sous la date du 11 du même mois par lequel il estime qu'on peut, sans inconvénient, accéder à la demande du pétitionnaire, attendu l'état de salubrité et la conformation exacte du fœtus dont il s'agit :

Le préfet du département arrête : Le citoyen Harant est autorisé à conserver chez lui dans un bocal rempli d'esprit de vin, le fœtus mort-né dont sa femme est accouchée à cinq mois de terme, et dont la déclaration a été faite chez le commissaire de police de l'une des divisions du VI° arrondissement.

Expédition du présent arrêté sera remise au citoyen Harant. Paris, le douze nivose, an douze, signé Frochot. Pour ampliation, le secrétaire général : Méjant.

Remède secret. — Exercice illégal de la Pharmacie.

La loi du 21 germinal an XI (art. 25 et 33) ne distinguant pas entre la vente en gros et la vente au détail, peu importe que le débitant de médicaments composés ne vende pas directement ces produits au public et qu'il en fasse simplement le commerce de gros avec les pharmaciens. — La nécessité du diplôme exigé par la loi s'impose aussi bien au fabricant ou marchand en gros qu'au marchand en détail. — Le remède secret est toute préparation pharmaceutique qui n'est ni conforme aux formules du codex, ni achetée et rendue publique par le gouvernement (décret du 18 août 1810) ni composée pour un cas particulier sur une prescription spéciale du médecin. — La prescription de la loi du 21 germinal an XI (article 32), touchant la livraison, sans ordonnance du médecin, de préparations pharmaceutiques, n'est applicable qu'aux pharmaciens en détail, mais ne concerne pas le commerce de gros. — Le délit d'exercice illégal de la pharmacie consiste EXCLUSIVEMENT dans le fait matériel du débit de drogues au poids médicinal par une personne non diplômée. La personne qui n'a ni préparé, ni facilité, ni consommé ce débit, n'est donc pas complice du délit dont s'agit.

Ainsi jugé le 30 juillet 1885, par la 9e chambre du tribunal correctionnel de la Seine (Société de prévoyance et chambre syndicale des pharmaciens de la Seine contre Carmouche et Giniez).

(1) 17e Registre des décès. Enfant mort-né du sexe féminin. Harant, 13 nivose, an 12.

Admission des malades dans les hôpitaux.

Le Conseil municipal s'est occupé récemment, à propos d'une question de M. Gaufrès, de l'admission des malades dans les hôpitaux. Le fait qui a motivé cette discussion est relatif à une personne qui, ayant eu la jambe cassée, n'a pu être portée à l'hôpital que le lendemain parce qu'on n'avait pas pu trouver de *brancard*. Présentée à l'hôpital Lariboisière, la malade y a été refusée faute de place. On l'a renvoyée au Bureau central, qui est installé dans l'ancien Hôtel-Dieu. De là, elle a été dirigée à la Charité

Ce fait démontre la nécessité d'organiser d'une façon intelligente le mode de transport des malades dans les hôpitaux. C'est là une réforme dont nous avons souvent entretenu nos lecteurs, mais que l'Administration n'a pas consenti à réaliser. Déjà le Conseil municipal, sur un rapport présenté par M. Bourneville, avait invité l'Administration de l'Assistance publique et la Préfecture de police à organiser, à titre d'essai, un service d'ambulance pour l'hôpital Lariboisière et pour l'hôpital Saint-Antoine : rien n'a été fait. En attendant, les faits douloureux comme celui qui précède, se multiplient et les malades continuent à subir les conséquences d'une mauvaise organisation (1).

Un second point mérite d'être relevé : La malade ne trouve pas de place à Lariboisière. Eh bien, au lieu de la transporter au Bureau central et de là à la Charité, qu'aurait-t-on dû faire ? L'Administration possède un réseau télégraphique. Pourquoi n'a-t-on pas demandé au chef-lieu l'indication de l'hôpital où il y avait un lit? Tous les jours à midi, c'est-à-dire quand les consultations sont terminées, le chef-lieu devrait être prévenu par le télégraphe du nombre des lits vacants. C'est là où les renseignements devraient être concentrés. On éviterait aux malades des déplacements inutiles et pénibles. Cette organisation d'un bureau de renseignements permettrait de supprimer le *Bureau central*, comme n'a cessé de le demander le Conseil municipal.

Enfin, un dernier point mérite attention. Voici une malade qui va naturellement à l'hôpital de son quartier, de sa circonscription, où l'envoie-t-on? Dans un hôpital situé à l'autre extrémité de Paris, loin de ses parents, de ses amis, qui pour aller la visiter, la consoler, seront obligés de perdre beaucoup de temps et de dépenser, relativement, beaucoup d'argent. Une telle façon de procéder fait payer bien cher aux malheureux l'assistance qu'on leur donne : c'est de la barbarie. La faute retombe complètement sur l'Assistance publique qui n'a jamais voulu réaliser le vœu du Conseil municipal sur *l'organisation des circonscriptions hospitalières*, qui permettrait d'assister les malades le *plus près possible de leur domicile.*

Exposition d'Anvers. — Société de médecine mentale de Belgique.

La Société de Médecine mentale de Belgique se propose de tenir à Anvers, à l'occasion de l'Exposition Universelle, du 7 au 9 septembre 1885, une *Réunion extraordinaire* qui sera consacrée à l'étude de divers sujets, ressortissant du domaine de la phréniatrie et de la neuropathologie.

Deux questions feront l'objet d'un rapport, l'une de la part de M. le Dr Lefebvre, professeur à l'Université de Louvain, l'autre de la part de M. le Dr Semal, médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Mons, tous deux Membres titulaires de la Société. La première a été formulée comme suit: *Etablir les bases d'une bonne statistique internationale des aliénés*; la seconde : *Relations entre la criminalité et la folie*. Les séances du matin seront consacrées à la discussion de ces deux questions. Les séances de l'après-dîner seront remplies par les communications diverses qui nous ont été promises et auxquelles viendront s'en adjoindre probablement encore d'autres. Ensuite les journées des 10, 11 et 12 septembre pourront être éventuellement employées à des excursions soit à Gheel, soit à Lierneux, soit à Gand, soit à Mons, soit à Tournai. La Société fera parvenir ultérieurement un programme plus détaillé à tous ceux qui voudront bien nous honorer de leur adhésion.

La Société de Médecine mentale serait heureuse de recevoir, à cette occasion, le concours des aliénistes étrangers et d'autres personnes compétentes s'intéressant aux questions traitées, telles que les médecins en général, les magistrats, les criminalistes, etc.

(1) *Progrès médical*, 1880, p. 185, 515, 506, 224; — 1884, p. 148, 193, 600, etc.

La participation à cette Réunion est gratuite. Les adhérents sont invités à s'adresser pour plus amples renseignements à M. Dr B.-C. INGELS, *médecin de l'Hospice-Guislain à Gand.*

Un asile pour les enfants.

En mourant, l'année dernière, M. Hartmann a laissé à la Ville de Paris une somme de 500,000.

D'après le désir formellement exprimé par le testateur, cette somme devra être consacrée à la création d'un asile pour les jeunes garçons ou les jeunes filles que leur situation ne permet pas de recueillir comme enfants assistés.

Cette distinction du testateur s'explique par ce fait que la loi protège suffisamment les enfants assistés, alors qu'elle néglige beaucoup plus les enfants des autres catégories.

La Ville de Paris va être autorisée à accepter ce legs, mais c'est le directeur de l'Assistance publique qui sera chargé d'organiser et d'administrer le nouvel établissement (*Télégraphe du* 15 *août*).

L'internat des femmes.

M. le préfet de la Seine vient de prendre un arrêté aux termes duquel les élèves *externes femmes* qui rempliront les conditions déterminées par le règlement sur le service de santé seront admises à prendre part au *concours de l'Internat.* — Les *internes femmes* seront soumises à toutes les règles d'ordre intérieur et de discipline qui concernent les internes hommes.

Enseignement médical libre. — Cours des vacances

Hôpital Saint-Antoine. — M. le Dr PRENGRUEBER a commencé le jeudi 20 août des leçons de clinique chirurgicale, à 10 heures précises du matin, et les continuera les jeudis suivants à la même heure.

Hôpital Necker. — M. le Dr KIRMISSON, remplaçant M. le professeur Le Fort, a commencé samedi dernier ses conférences de clinique chirurgicale; il les continue le mardi et le samedi pendant toute la durée des vacances.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 9 août au samedi 15 août 1885, les naissances ont été au nombre de 1158, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 407; illégitimes, 166. Total, 573. — *Sexe féminin* : légitimes, 415 ; illégitimes, 160. Total, 585

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 9 août au samedi 15 août 1885, les décès ont été au nombre de 887, savoir : 461 hommes et 426 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 20 F. 17. T. 37. Variole : M 0 F. 0 T. 0. — Rougeole : M. 7. F. 5, T. 12. — Scarlatine : M. 1 F. 1 T. 2. — Coqueluche : M. 0. F. 2. T. 2 — Diphthérie, Croup M. 15 F. 15, T. 30. — Dyssenterie : M. 2. F. 0, T. 2. — Erysipèle : M. 2, F. 1, T. 3. — Infections puerpérales : 5 - Autres affections épidémiques : M. .. F. .., T. .. — Méningite tuberculeuse et aiguë : M. 18 F. 17, T. 35. — Phthisie pulmonaire : M. 102 F. 52 T. 154. — Autres tuberculoses : M. 13, F. 12. T. 25. — Autres affections générales : M. 18, F. 25 T. 43 — Malformations et débilité des âges extrêmes : M. 14, F. 19, T. 33 — Bronchite aiguë : M. 9 F. 4 T 13. — Pneumonie : M. 22, F. 17, T 39. — Athrepsie : M. 67. F. 83 T. 150. — Autres maladies des divers appareils : M. 109 F. 137, T. 346. — Après traumatisme : M. ., F. ., T. .. — Morts violentes : M. 31. F 4. T. 35. — Causes non classées M 11, F. 10, T. 21.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 82 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 36; illégitimes, 12 Total : 48. — *Sexe féminin* : légitimes, 20 ; illégitimes, 14. Total : 34

CONCOURS *pour deux places de stagiaire aux eaux minérales.* (Concours Vulfranc-gerdy). — Ce concours aura lieu au mois de décembre prochain au siège de l'Académie de médecine à Paris, rue des Saints-Pères, 49. Les candidats nommés entreront en fonctions le 1er mai 1886. Sont admis à concourir les élèves en médecine qui ont passé au moins les trois premiers examens de doctorat. Les candidats devront se faire inscrire soit au secrétariat des Facultés, soit à celui des écoles de plein exercice, des écoles supérieures de pharmacie ou des écoles préparatoires de médecine et de pharmacie de France. La liste de l'inscription sera close le 10 décembre 1885, à quatre heures de l'après-midi. Les candidats seront prévenus par lettre du jour et de l'heure de l'ouverture du concours.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Pendant les vacances la *Bibliothèque* et le *Musée Orfila* sont ouverts tous les mardi de midi à 4 heures pendant le mois d'août, et tous les mardis, jeudis et samedi de midi à 4 heures, du 1er septembre au 10 octobre inclusivement.

ECOLE DE MÉDECINE D'ALGER. — M. GUILLEMIN, suppléant de physique et chimie, est prorogé dans ses fonctions jusqu'à la fin de l'année scolaire 1885-86,

ECOLE DES BEAUX-ARTS. — Le sujet donné dans la section d'architecture pour le prix de Rome est « Une Académie de médecine ».

CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE. — M. FONTORBE (Victor-Georges), médecin de 1re classe, est promu au grade de médecin-professeur.

SERVICE DE SANTÉ AU TONKIN. — MM. YVERT ET AMAT, médecins-majors de 2e classe, sont désignés pour le Tonkin.

CONCOURS DE LA MÉDAILLE D'OR. — JURY. — MM. Audhoui, Liouville, Talamon, Bouilly, Th. Anger, Monod, Ribemont-Dessaignes, ont été désignés, par le sort, pour faire partie du jury de ce concours. Jusqu'à ce jour, M. Audhoui seul a envoyé son acceptation.

INSPECTION DE LA BOUCHERIE. — Un concours pour l'admission à l'emploi d'inspecteur de la boucherie à Paris, au traitement variant de 3.000 à 4,000 francs, aura lieu à la préfecture de police, le 7 octobre prochain, à dix heures et demie du matin. Les candidats devront se faire inscrire par avance au secrétariat général de la préfecture de police (bureau du personnel) en justifiant par leur acte de naissance qu'ils n'ont pas plus de cinquante ans d'âge, et en produisant en outre : un extrait de leur casier judiciaire; leur diplôme de vétérinaire, des pièces établissant leur situation au point de vue militaire.

CRÉMATION. — Le 19 août a eu lieu à Pantin, l'expérience d'un four crématoire pour l'incinération des débris d'hôpitaux. On a opéré avec des débris humains pour rendre cette expérience aussi concluante que possible.

CRÉMATION DES ANIMAUX CHARBONNEUX. — Sur la proposition de M. Lancereaux, le conseil d'hygiène a émis le vœu que l'Administration recommandât l'incinération des cadavres des animaux morts du charbon.

TRANSPORT DES CORPS A LA MORGUE. — Tous les corps transportés à la morgue pour l'autopsie légale seront désormais accompagnés pendant le trajet, soit par le commissaire de police, soit par un inspecteur ou tout autre agent attaché au commissariat ou même par un agent du service de sûreté. Un membre de la famille pourra, s'il le désire, être admis à prendre place dans le coupé du fourgon des pompes funèbres, à moins qu'il n'y ait inconvénient à accorder cette permission.

SPÉCIALITÉS. — Le Conseil fédéral suisse a décidé d'assimiler pour les droits d'entrée, les *savons médicinaux* aux spécialités pharmaceutiques qui paient 100 fr. les 100 kilogr.

NÉCROLOGIE. — Le Dr A. GIRAUD, chirurgien-dentiste, professeur de clinique à l'Ecole dentaire. — On annonce la mort subite, à Boulogne-sur-Mer, du Dr LIVOIS, ancien député. — Nous apprenons la mort de M. MAGGIORANI, professeur à la faculté de médecine de Rome ; il était âgé de 85 ans. Ses travaux sur le *magnétisme* l'ont surtout fait connaître du public médical ; nous avons dit ailleurs ce que nous pensions des singulières affirmations de cet auteur (1).

Dr GOLDSCHMIDT. — Madère, station d'hiver ; 1 volume in-8, prix : 2 francs, en vente chez A. Delahaye et Emile Lecrosnier, place de l'Ecole-de-Médecine, à Paris.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Publications du Progrès médical.

BOURNEVILLE. Rapport sur l'organisation du personnel médical et administratif des asiles d'aliénés, présenté à la Commission ministérielle chargée d'étudier les réformes que peuvent comporter la législation et les règlements concernant les asiles d'aliénés. Broch. in-8 de 32 pages. — Prix : 1 fr. — Pour nos abonnés, 70 c.

Librairie A. SAVY, 77, boulevard St-Germain

ALTHAUS (J.). — Maladie de la moelle épinière. — Pathologie, symptômes, diagnostic, traitement. Traduit de l'anglais par le Dr J. MORIN. Précédé d'une préface par M. le professeur CHARCOT. 1 vol in-8 de 372 pages. — Prix . 10 fr.

(1) P. Bricon *Du traitement de l'épilepsie*, pages 201, 203, 208, 211, an. 1882.

13ᵉ ANNÉE. — 2ᵉ SÉRIE. T. II. Nᵒ 35 BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 29 AOUT 1885.

Le Progrès Médical

CLINIQUE MÉDICALE

—

Recherches sur les causes de l'ataxie locomotrice progressive ;

Par le Dʳ BELUGOU (de Lamalou), lauréat de l'Académie de Médecine.

Il y a peu de temps encore que l'attention des médecins s'est préoccupée sérieusement des causes productrices de l'ataxie locomotrice. Les travaux contemporains qui, dans ces vingt dernières années, ont si parfaitement éclairé l'anatomie pathologique et la symptomatologie de cette affection, ont laissé dans une obscurité à peu près complète l'étude de son étiologie. Ce n'est pas que tous leurs auteurs, depuis Duchenne, aient omis de faire mention des circonstances hygiéniques ou des conditions morbides qui leur paraissaient jouer un rôle plus ou moins important dans la production du tabes. Mais on peut dire que l'étude scientifique de la genèse de l'ataxie n'a vraiment commencé que depuis le travail de M. Fournier dont la conclusion peut être ainsi résumée : Dans l'énorme majorité des cas, l'ataxie locomotrice constitue une manifestation de provenance syphilitique.

L'aphorisme du professeur de l'hôpital Saint-Louis a brusquement attiré l'attention du monde médical, et a mis d'emblée à l'ordre du jour le problème étiologique de l'ataxie locomotrice. Les Sociétés savantes s'en sont emparées ; le Congrès médical de Londres, la Société médico-psychologique de Paris, la Société de psychiatrie de Berlin en ont fait l'objet de discussions importantes, et l'Académie de médecine, saisissant elle aussi l'actualité, si on peut ainsi parler, choisit comme sujet du prix Civrieux en 1882 : Recherches sur les causes de l'ataxie locomotrice.

L'assertion catégorique de Fournier avait trouvé tout de suite de nombreux partisans et d'ardents adversaires. La discussion a fait surgir de nouvelles hypothèses, à leur tour approuvées et combattues. Aujourd'hui trois opinions principales semblent se partager les suffrages des auteurs spéciaux.

1° Celle qui considère que dans la grande majorité des cas l'ataxie est de provenance syphilitique (Fournier, Rumpf, Caizergues, Siredey, Drysdale, Erb, Bernhardt, etc.).

2° Celle qui en attribue la cause principale à une prédisposition nerveuse héréditaire (Trousseau, Landouzy et Ballet, Charcot, etc.).

3° Celle qui incrimine surtout les excès fonctionnels et particulièrement les excès génésiques (Trousseau, Lallemand, Rosenthal, Oppenheim, Desprès, etc.).

Exerçant dans une station thermale où chaque saison rassemble une véritable agglomération de médullaires, venus de tous les points et appartenant à toutes les classes de la société, j'ai pu, dans ce milieu qui constitue une clinique d'ataxiques vraiment exceptionnelle, à l'aide d'interrogations multipliées et des confidences de chaque jour, contrôler les diverses théories émises, vérifier leur bien-fondé ou leur inexactitude, établir leur insuffisance ou leur exagération.

Ce sont les résultats de cet examen impartial que je viens soumettre à l'appréciation de mes confrères.

Je ne m'étendrai pas sur l'intérêt que présente une exacte solution du problème en litige. Il me suffit de rappeler les liens étroits qui existent entre l'étiologie d'une part, la prophylaxie et la thérapeutique de l'autre. *Perfecta curatio a causis exoritur.* Mais, avant tout, je dois présenter mes observations. Les documents placés sous les yeux, la preuve et le contrôle deviendront l'un et l'autre plus faciles et l'instruction se poursuivra avec plus d'autorité.

Il est nécessaire ici de limiter le nombre et le développement des cas observés. Aussi, ai-je adopté pour les exposer la forme d'un tableau. Ce cadre restreint offre le double avantage d'une concision plus grande et d'une comparaison plus facile. Tous les détails importants y auront cependant leur place et mettront le diagnostic hors de contestation. D'autre part, aucune donnée étiologique n'y sera omise, et l'étude du traitement suivi et de ses résultats, inscrit soigneusement dans une colonne spéciale, pourra dans maintes circonstances corroborer ou infirmer les diverses théories soumises à notre examen. (Voir p. 150.)

Le moment est maintenant venu d'examiner les diverses opinions en présence et d'en soumettre la valeur au contrôle de mes observations.

Origine syphilitique. — Dans la grande majorité des cas, dit Fournier, l'ataxie locomotrice est une manifestation d'origine syphilitique. Appuyée sur le remarquable travail du médecin de l'hôpital Saint-Louis, cette affirmation eut d'abord un retentissement légitime et fut accueillie avec la plus grande faveur. Mais presque aussitôt les contradicteurs surgirent. Il faut ici laisser de côté les réfutations théoriques du début, relatives à la nature du processus pathologique, à la diffusion des lésions syphilitiques (Charvet, Lancereaux, Mauriac, etc.). Fournier les a du reste, à mon avis, victorieusement combattues. Mais les statistiques elles-mêmes sont venues plus tard s'opposer aux statistiques et de nouveaux chiffres sont venus battre en brèche les proportions établies par Fournier et ses adeptes. Mes observations personnelles, tout en indiquant que la syphilis doit occuper une place importante dans l'étiologie du tabes, ne sont pas d'accord avec l'assertion de Fournier que cette place est prédominante. Sur 32 cas, nous trouvons à peine 14 syphilitiques, dont 4 encore bien douteux ; en d'autres termes, sur 32 malades scrupuleusement observés et interrogés, 18 n'ont jamais eu de manifestation syphilitique. Ce ne sont pas là les proportions du professeur de Saint-Louis et de ses partisans. Mais les chiffres qui ne sont accompagnés ni d'observations ni de détails, les *statistiques sèches*, si on me permet l'expression, donnent et donneront toujours les renseignements les plus contradictoires. C'est ainsi que, pour ne citer que quelques auteurs, tandis que Fournier a trouvé 24 anciens syphilitiques sur 30 ataxiques, Siredey, 8 sur 10, Féréol 5 sur 11, Rumpf 60 sur 100 ; Topinard n'en a découvert que 15 sur 171, Hammond 1 sur 20, Westphal 14 sur 100 et dans une récente discussion à la Société de psychiatrie de Berlin (10 mars

OBSERVATIONS	ANTÉCÉDENTS ÉTIOLOGIQUES SE RAPPORTANT A LA SYPHILIS.	AU RHUMATISME.	A L'HÉRÉDITÉ.	AUX ABUS FONCTIONNELS.	DIVERS.	PRINCIPAUX SYMPTÔMES.	TRAITEMENTS SUIVIS ET RÉSULTATS.
Observ. I. N. L. [illegible]	Syphilis il y a plus d[illegible] ans. N'a présenté comme accidents, qu'[illegible] à l'arrière-gorge. Aucun autre signe depuis cette époque.	Accidents rhumatismaux à diverses époques; assez fréquents, mais peu marqués.	Néant.	Excès génésiques de 20 à 35 ans.	»	L'ataxie remonte à plus de cinq ans. Elle est surtout caractérisée par des douleurs fulgurantes très vives, des troubles oculo-pupillaires, la disparition des réflexes, la perte du sens musculaire. L'ataxie motrice proprement dite est très faible. Bon état relatif des sphincters. Pas d'anesthésie.	Mercuriaux et iodure potassique au moment des accidents syphilitiques. Reprise il y a trois ans sans aucun résultat appréciable. Jusqu'au moment de l'observation, aucun traitement n'a produit de résultat.
Observ. II. Mme A..., mariée, mère de famille, 48 ans.	Aucun accident syphilitique.	Séjour dans l'humidité. Antécédents rhumatismaux assez nets.	Hérédité névropathique marquée : grand-père parapl., mère hystérique et sœur choréique. Elle-même a toujours eu un tempérament très nerveux.	Grands soucis, travaux exagérés et grandes préoccupations morales.	»	L'ataxie se produit surtout par des douleurs fulgurantes très vives. Crises gastriques. Phénomènes laryngés avec crises de toux. Parésie des membres inférieurs. Constipation opiniâtre.	Traitement par les courants continus, les pointes de feu, le seigle ergoté, nitrate d'argent : peu ou point de résultats. La cure par les bains thermaux a été favorable.
Observ. III. M. G., [illegible] ans, ingénieur, marié.	N'a jamais eu la syphilis, mais plusieurs gonorrhées.	Néant.	Néant.	Abus vénériens et alcooliques. Masturbation dans la jeunesse. Les abus vénériens ont été marqués, même après le mariage, et ont été suivis de pertes séminales, qui se produisent encore souvent.	»	L'ataxie motrice est très marquée. Les crises fulgurantes sont rares. Diplopie. Incontinence d'urine. Spermatorrhée. Impuissance. Léger affaiblissement des facultés cérébrales.	Cautères multiples sur la région spinale et iodure de potas. Peu de résultats. Deux cures par les eaux ferrugineuses et les bains thermaux ont donné d'excellents résultats, surtout au point de vue de la marche et de la spermatorrhée.
Observ. IV. M. B., 43 ans, marié, agent d[illegible]	Syphilis il y a 12 ans, manifest. seulement par un chancre au gland et des plaques muqueuses à la gorge : Rien depuis.	Néant.	Hérédité névropathique marquée. Cependant aucun ascendant médullaire.	Abus vénériens.	»	Tabes dorsal fruste, sans ataxie. Douleurs fulgurantes vives. Pupilles inégales et paresseuses. Absence de réflexes rotuliens.	Mercure pendant un mois et iodure pendant un an, au moment des accidents syphilitiques. Le traitement mixte, entrepris récemment, n'a pas du tout réussi. Aix-les-Bains sans plus de résultat.
Observ. V. M. D., 39 ans, propriétaire.	Syphilis il y a 20 ans : chancres, plaques muqueuses, douleurs ostéocopes.	Douleurs rhumatismales à diverses reprises. S'est exposé souvent à l'humidité.	Néant.	Abus vénériens pendant la première jeunesse.	Tempérament nettement herpétique.	Ataxie des membres supérieurs. Anesthésie. Absence des réflexes. Douleurs fulgurantes. Paralysie des 3e et 6e paires. Saliorrhée abondante.	Traitements spécifiques divers sans aucun résultat. —Au début des accidents médullaires, injections sous-cutanées d'hydargire, suffisamment continuées, mais sans résultat.
Observ. VI. M. P., 40 ans, marié, père de fam.	Déclare n'avoir jamais eu d'accidents syphilitiques, mais seulement plusieurs gonorrhées.	Rhumatismes. Humidité.	Hérédité névropathique. Mère hystérique; un père atteint d'accidents cérébraux aigus.	Excès génésiques très marqués, encore aujourd'hui en l'état de mariage.	»	Ataxie fruste. Douleurs fulgurantes à crises très violentes. Absence du réflexe rotulien. Divergence légère.	Traitements antisyphilitiques rationnels à diverses reprises sans résultat marqué. Amélioration à la suite des pointes de feu, des courants continus, et du traitement thermal.
Observ. VII.	Néant.	Humidité. Rhumatisme aigu à la suite de la guerre 1870-71, et depuis lors plusieurs crises.	Néant.	Excès génésiq. Spermatorrhée. Fatigues de toutes sortes.	»	L'affection a débuté par des douleurs fulgurantes; puis, subitement, diplopie très accentuée. Incoordin. typique des mouvements. Paralysie des sphincters vésical et anal. Contraction pupillaire difficile. Virilité presque abolie.	Bromure, nitrate d'argent sans résultats. Effets assez favorables des pointes de feu et du traitement thermal. Après la troisième cure, l'incoordination a presque cessé.
Obs. VIII.	Néant.	Manifestations arthritiques diverses. Début : 15 j. après un bain de mer qui semble avoir joué le rôle de cause détermin.	Néant.	Néant.	»	Invasion subite ; marche rapide, mais symptômes classiques très nets. Douleurs fulgurantes, incoordination, contractions involontaires ; incontinence ; impuissance.	Les bains thermaux ont produit des résultats merveilleux. Le malade, que je vois fréquemment, se considère comme guéri.
Observ. IX. 60 ans. marié, professeur.	Syphilis il y a 32 ans.	Néant.	Hérédité nerveuse. Ascendants névropathes. Très nerveux lui-même.	Fatigues intellectuelles excessives.	»	Douleurs fulgurantes aux membres inférieurs et supérieurs. Douleurs en ceinture. Diplopie et vertiges. Incoordination notable. Impuis-[illegible]	Nombreux traitements sans amélioration. Essai infructueux des eaux de Néris et des Pyrénées. N'a pas essayé depuis l'invasion de l'a-[illegible]
Observ. X. 44 ans, artiste peint.	Néant.	Néant	Néant.	Excès et fatigues. Masturbation. Coït debout. Vie pénible et accidentée.	Eczéma chronique	Douleurs lancinantes. Incoordination. Amaurose tabétique. Affaissement génital marqué.	Bons effets immédiats de la cure thermale sur les douleurs. Les pointes de feu ont aussi produit de bons résultats.
Observ. XI.	Néant.	Accidents rhumatismaux [illegible]	Grand-père paraplégique. Mère hystérique.	Excès de toute espèce, particulièrement génésiques.	»	Douleurs fulgurantes aux membres inférieurs. Incoordination de la marche encore récente, mais déjà caractéristique.	Bons effets des pointes de feu et de l'hydrothérapie. La cure thermale augmente l'amélioration.
Observ. XII. 50 ans.	Néant.	Humidité. Dent. [illegible] marais. [illegible] goutteux. Grand-père calculeux.	Néant.	Excès. Masturbation invétérée. Pertes séminales.	Fièvres intermittes.	Douleurs fulgurantes à accès très rapprochés. Ceinture hypogastrique. Ataxie des mouvements très marquée. Fonctions génitales abolies.	Toute espèce de traitements sans résultats, même spécifique. État stationnaire depuis les cures thermales.
Obs. XIII. commerçant.	[illegible]	?	Néant.	Excès et fatigues. Vie suractive. Séjour aux colonies.	Anémie consécutive aux fièvres intermittentes.	Rachialgie ; douleurs fulgurantes aux membres inférieurs. Anesthésie tactile. Conservation de la sensibilité musculaire. L'incoordination est peu manifeste. Pas de troubles oculaires. Amaigrissement considérable. Incontinence.	Traitement par le nitrate, l'iodure et le mercure ayant semblé produit plus d'aggravation que d'amélioration. Pointes de feu, électricité, hydrothérapie ayant donné des résultats favorables, ainsi que la cure thermale.
Obs. XIV. [illegible]	Néant.	Néant.	[illegible]	Excès de travail. Surmenage moral et physique. Déceptions.	Anémie marquée. Abus du tabac.	Incoordination tabétique avec conservation de la force musculaire. Accès de fulguration très douloureux. Crises gastriques très fortes et très fréquentes.	L'hydrothérapie associée aux eaux minérales, au repos et aux toniques ont suffi pour faire disparaître les crises fulgurantes et gastriques. Persistance de l'incoordination.
Observ. XV. [illegible]	Manifestations syphi-[illegible]	Manifestations [illegible]	[illegible]	Excès de tout genre. Pendant deux ans a accompli régulièrement le coït debout.	»	Hyperesthésie des membres inférieurs avec crises de douleurs fulgurantes, revenant sous l'influence atmosphérique. État type de la station, de l'équilibration et de la progression. Impuissance complète; constipation, incontinence. Force musculaire conservée. Pas de troubles visuels.	Traitement antisyphilitique mal suivi. Le seigle ergoté et l'hyosciamine longtemps employés sans résultat. Faibles résultats de la cure thermale. Pas de nouvelles d'un traitement antisyphilitique rationnel avec séances d'ignipuncture conseillé par moi.
Obs. XVI. [illegible]	[illegible]	[illegible]	Néant.	Chagrins et fatigues.	»	Début par douleurs térébrantes. Actuellement caractères types de Duchenne. Il n'y a aucun trouble de la vue. Les facultés génésiques sont diminuées, mais non abolies. La force musculaire au dynamomètre est conservée. Constipation.	Excellents effets sur les douleurs du traitement thermal après trois cures successives. Traitement révulsif intermédiaire et régime tonique.
Obs. XVII. [illegible]	[illegible]	Néant.	[illegible]	Excès en tous genres. [illegible] Masturbation [illegible]	»	Douleurs atroces pendant une traversée, disparues à l'arrivée. Quelques mois après, à la suite d'une orgie, les douleurs reviennent accompagnées cette fois d'incoordination et d'impossibilité d'aller dans l'obscurité. Depuis incontinence, diarrhée. Anesthésie plantaire. Intégrité des fonctions génitales.	Première amélioration par l'électricité à courants continus, les sels d'or et les toniques. Rechute après nouveaux excès. Nouvelle amélioration par la cure thermale et les pointes de feu.
Obs. XVIII. [illegible]	Néant.	Humidité. [illegible]	Néant.	Misère et excès.	»	Cinq semaines après l'accident, douleurs fulgurantes par crises; diplopie ; puis troubles spéciaux de l'équilibration et de la marche. Constipation, incontinence, impuissance.	Amélioration par la cure thermale (Privat) ; mais rechute à la suite d'un refroidissement.
Obs. XIX. [illegible]	Néant.	[illegible]	Néant.	Abus du coït debout et du tabac.	»	A la suite des circonstances étiologiques signalées, engourdissement des jambes et troubles de la locomotion, douleurs caractéristiques. Amblyopie. Ceinture constrictive. Paralysie des sphincters.	Traitement par les toniques, les eaux ferrugineuses et les bains thermaux de Lamalou avec succès. Rechute sous l'influence du froid. Alors douleurs articulaires et expulsion d'une quantité notable d'acide urique. Nouvelle cure et nouvelle amélioration.
Obs. XX. 38 ans, médecin.	Accidents [illegible]	Néant.	Néant.	Excès génésiques et à la suite spermatorrhée.	»	Troubles généraux de l'équilibration et de la marche. Strabisme convergent. Crises gastralgiques. Constipation. Paresse vésicale ; impuissance. Plaques d'anesthésie plantaire.	Insuccès des eaux de Balaruc, d'Amélie. Succès relatif de la cure de Lamalou (Privat).

OBSERVATIONS.	ANTÉCÉDENTS ÉTIOLOGIQUES SE RAPPORTANT A LA SYPHILIS.	AU RHUMATISME.	A L'HÉRÉDITÉ.	AUX ABUS FONCTIONNELS.	DIVERS.	PRINCIPAUX SYMPTÔMES.	TRAITEMENTS SUIVIS ET RÉSULTATS.
Obs. XXI. 45 ans, officier de cavalerie.	Néant.	Néant.	Mère névralgique.	Jeunesse orageuse. Excès en tout genre et principalement de coït.	Anémie.	A la suite du mariage, douleurs caractéristique avec crises douloureuses dans le flanc droit. Eruption de zona avec points névralgiques consécutifs. Constipation. Incontinence et impuissance. Perversion de la sensibilité.	Guérison au moins apparente après un traitement longuement suivi par hydrothérapie, pointes de feu, phosphates et enfin par Lamalou.
Obs. XXII. 31 ans, charpentier.	Néant.	A dû travailler pendant cinq ans les pieds dans l'eau.	Néant.	Abus du tabac : il n'a jamais trouvé de fumeurs « plus fort que lui. »	»	Les 1res crises ont été produites par l'action de fumer ; puis elles étaient provoquées par la vue d'un fumeur ou l'odeur du tabac. Crises gastriques atroces avec vomissements incoërcibles. Diplopie légère. Troubles de la locomotion.	Cure thermale de Lamalou bien supportée. Pas d'autres indications.
Obs. XXIII. 40 ans.	Vérole caractérisée ayant amené un véritable détraquement dès 26 ans.	Mère rhumatisante et coxalgique.	Néant.	Jeunesse orageuse et dépense démesurée de forces et d'activité. Excès et habitudes de masturbation.	»	A l'âge de 30 ans, douleurs caractéristiques ; puis, troubles visuels, incontinence, inertie du sphincter anal ; impuissance absolue ; troubles spéciaux de la locomotion. Luxation spontanée. Crises gastriques. Exostoses.	Amélioration légère par suite d'un traitement mixte et d'une cure thermale prolongée.
Obs. XXIV. 35 ans.	Néant.	Le malade a eu 2 attaques de rhumatismes ; déformations articulaires. La 1re attaque pendant la guerre après avoir couché sur la neige.	Néant.	Excès de coït pendant cinq ans. Depuis, vie régulière.	»	La maladie a commencé par des douleurs fulgurantes et des douleurs en ceinture. Vertiges. Incoordination motrice évidente, mais permettant encore la marche avec une canne. Légère incontinence.	Effets relativement favorables de plusieurs cures par les bains thermaux de Lamalou et les pointes de feu.
Obs. XXV. 36 ans, banquier et armateur.	Accidents primitifs de la vérole il y a six ans.	Néant.	Néant.	Excès de toute espèces. Abus des plaisirs vénériens et du jeu. Surmenage intellectuel et préoccupation exagérée des affaires.	»	L'affection a commencé par un sentiment de faiblesse et d'engourdissement insolite aux membres inférieurs ; bientôt paraplégie véritable. Les symptômes habituels de l'ataxie : douleurs fulgurantes, troubles vésicaux, affaiblissement de la force virile et plaques d'anesthésie, n'ont pas tardé à se manifester. Arrêt actuel.	Le traitement mixte, commencé presque aussitôt après l'apparition des douleurs, a donné jusqu'à présent de bons résultats, que les pointes de feu et les cures thermales semblent conserver.
Obs. XXVI. 34 ans, artiste musicien.	Chancres et plaques muqueuses dans la jeunesse.	Néant.	Hérédité névropathique marquée du côté des ascendants maternels.	Fatigues et soucis, surmenage moral et intellectuel. On peut dire que la lutte pour la vie a été terrible.	»	Incoordination des mouvements arrivée à un degré très prononcé. Crises fulgurantes très vives. Les fonctions génitales sont quasi-abolies. Commencement d'amaurose. Incontinence.	Après l'insuccès du nitrate d'argent, du seigle ergoté et de l'hydrothérapie, le traitement mixte a été sérieusement suivi sous ma direction, mais sans résultat, pas plus du reste que les pointes de feu.
Ob. XXVII. 42 ans, officier de marine.	Néant.	Rhumatisant. A eu de nombreuses crises de rhumatisme pendant ses traversées.	Hérédité névropathique indiscutable. Sa tante est atteinte de la grande névrose. Ses deux sœurs sont choréiques.	Folies de jeunesse : véritables travaux d'Hercule ; puis spermatorrhée. Actuellement excès de tabac et de liqueurs.	»	Crises de fulguration se produisant presque toujours sous l'influence des variations atmosphériques. Incoordination évidente, mais modérée. A eu de la diplopie. Paresse des sphincters vésical et anal. Absence des réflexes.	A subi plusieurs méthodes de traitement ; mais, d'après le malade, aucune n'a donné de résultats aussi avantageux que la cure thermale.
Ob. XXVIII. 36 ans.	Accidents syphilitiques primitifs et secondaires peu marqués il y a 12 ans.	Rhumatisant. Action prolongée de l'humidité. Grand chasseur aux macreuses.	Néant.	Abus génésiques de la pire espèce, et même usage des aphrodisiaques.	»	Douleurs fulgurantes à accès très rapprochés au début. Ceinture. Ataxie des mouvements assez notable. Fonctions génitales abolies. Pas de réflexe rotulien.	Moyens pharmaceutiques (?) employés au début sans résultat. Les eaux de Néris ont calmé les douleurs. Les eaux de Lamalou et les courants continus ont contribué à leur quasi-disparition.

Obs. XXIX. 50 ans, industriel.	Néant.	Néant.	Hérédité médullaire. Le grand-père est mort paraplégique et un de ses oncles est atteint de diskinésie professionnelle.	Travail excessif. C'est un inventeur qui a dû lutter quinze ans pour triompher. Depuis lors, excès.	»	Début par rachialgie. Fulgurations aux membres inférieurs. Anesthésie tactile. Incoordination des mouvements assez marquée. Sensibilité morale extrême. Amaigrissement considérable. Faiblesse génitale. Incontinence.	Le bromure de potassium à hautes doses parait, au début, avoir produit quelques bons effets. Depuis lors, a tout essayé à peu près inutilement. L'hydrothérapie, employée depuis peu et les bains tempérés, semblent donner des résultats favorables.
Obs. XXXI G. D., 29 ans, avocat.	Néant.	Issu de père et de mère rhumatisants Lui-même sous l'influence de la diathèse rhumatismale.	Néant.	Excès de tabac. Onanisme dans la jeunesse et à la suite spermatorrhée.	»	Crises douloureuses manifestement soumises aux influences atmosphériques. Aucun trouble du côté de la vue; mais incoordination manifeste. Pas de réflexe. Impuissance et spermatorrhée.	Nombreux traitements dont les moins inefficaces ont été les pointes de feu. Les bains thermaux amènent des résultats incontestables.
Obs. XXX.	Néant.	Néant.	Hérédité médullaire. Le père est mort paralysé. La mère est aveugle depuis l'age de 41 ans.	Excès de coit et même habitudes vicieuses.	»	L'affection s'est signalée par de l'affaiblissement et des douleurs térébrantes. Au bout de deux ans se sont produits les troubles spéciaux de la locomotion. Puis, constipation opiniâtre, troubles vésicaux graves, perversion et abolition de la sensibilité tactile. Pas de réflexe rotulien.	Assez bons effets des pointes de feu et de l'hydrothérapie. Les douleurs sont fort atténuées par les bains tempérés. Des nouvelles tout à fait recentes annoncent une amélioration.
Ob. XXXII. Mme X..., 35 ans, femme du demi-monde.	Affirme n'avoir jamais eu d'accidents syphilitiques.	Néant.	Hérédité névropathique marquée. Sa sœur est hystérique, un jeune frère et deux neveux sont morts de convulsions.	Excès de toute espèce. Chagrin immense produit par l'abandon de son protecteur.	»	Douleurs caractéristiques avec strabisme convergent à droite et accidents diplopiques. Troubles spéciaux de l'équilibration et de la locomotion, mais peu marqués. Inertie des sphincters. Eréthisme général extrême. Sensibilité tactile obtuse. Anesthésie plantaire. Mauvais état général.	Après l'insuccès d'un grand nombre de moyens, le traitement mixte a été suivi sur mon conseil, dans l'intervalle d'une cure thermale à l'autre. Cet essai n'a donné aucun résultat. Actuellement, les toniques et les bains tempérés prolongés calment les symptômes les plus pénibles.

1884), Oppenheim a déclaré que sur 86 cas de tabes, 50 malades étaient indemnes de toute infection syphilitique, 10 seulement en avaient été sûrement atteints. Nous voilà par conséquent tenus d'évoluer entre 80 0/0 et 3 0/0, sans avoir aucune raison d'admettre un résultat plutôt qu'un autre. Il faut donc faire table rase de tous ces chiffres disparates, et s'en tenir uniquement à la proportion qui résulte des observations ci-dessus et que la recherche des autres antécédents, l'analyse du diagnostic, les effets du traitement permettent de contrôler efficacement. Cette proportion se rapproche parfaitement des chiffres de Landouzy et Ballet, qui sont également accompagnés d'un tableau raisonné et de documents explicatifs.

Sur 32 malades soumis à mon observation, 10 seulement ont été syphilitiques. Je dis que ces malades ont été syphilitiques, mais je n'affirme pas que leur ataxie ait été de nature syphilitique. Je constate la coexistence : je ne conclus pas à la causalité, C'est en vain que Fournier prétend que la coexistence fréquente implique toujours la dépendance pathogénique. Ce principe peut mener loin et toutes les théories étiologiques vont pouvoir l'employer contre l'opinion de Fournier lui-même. Et, dans l'espèce, ce qui peut enlever à cet argument de la coïncidence répétée de la syphilis et de l'ataxie une partie de son importance, c'est une autre coïncidence, c'est la fréquence de l'infection syphilitique chez les sujets qui ont fait des excès vénériens, et l'on sait le rôle que certains auteurs attribuent à ces excès dans la production du tabes. Gardons-nous donc du sophisme *post hoc, ergo propter hoc*, examinons plus attentivement les observations des malades antérieurement syphilitiques, et voyons si chez tous on a le droit de considérer la vérole comme cause de l'ataxie. Un des principaux arguments de Fournier et de ses adeptes pour prouver la relation pathogénique de la syphilis et de l'ataxie, c'est l'influence favorable, dans cette dernière maladie, du traitement spécifique. Voyons, à cet égard, ce que disent nos observations. Dix malades ont suivi un traitement antisyphilitique : six n'ont obtenu de ce traitement aucun résultat appréciable (obs. 1, 4, 5, 13, 26, 27); un résultat reste inconnu; enfin, trois cas ont présenté des résultats (17, 23 et surtout 25). Et encore dans ce dernier cas, le plus frappant, le mal a débuté par une paraplégie, et l'étude des symptômes permet de croire qu'on n'a pas eu affaire à la sclérose systématisée des cordons postérieurs, mais à une affection syphilitique des centres nerveux, dont quelques lésions se sont cliniquement traduites par un certain nombre des symptômes du tabes.

Au même point de vue, l'observation 13 n'est pas sans enseignement. Le malade a eu des manifestations syphilitiques, et non seulement le traitement spécifique a produit des résultats négatifs, mais une autre méthode de traitement a donné des résultats fort appréciables. Peut-on, dans ce cas, attribuer à la syphilis, pour si bien constatée qu'elle soit dans les antécédents du malade, l'origine effective de la maladie ?

Peut-on pareillement incriminer la syphilis dans les cas (1, 4, 5, 9, 26, 27), où les derniers accidents spécifiques remontent à une date éloignée et où la syphilis, depuis cette époque lointaine, n'a donné lieu à aucune manifestation appréciable ? Avant d'émettre scientifiquement une pareille opinion, il conviendrait d'enchaîner, au moins par quelques traits, l'évolution de la diathèse incriminée à l'éclosion des phénomènes ataxiques.

Une nouvelle donnée peut encore obscurcir ce problème déjà complexe. L'étude des antécédents révèle en effet, chez la plupart de ces malades, en sus de la syphilis, l'existence d'autres indications étiologiques, capables de provoquer en tout ou en partie, la production de l'ataxie locomotrice. Il faut bien cependant tenir compte de ces coïncidences, de ces circonstances surgies en dehors et à côté de la vérole, et, à moins qu'un signe pathognomonique n'impose la conviction, se garder d'attribuer à l'une de ces causes l'origine exclusive du tabes. C'est ainsi que sur les 14 malades qui ont eu la syphilis, 4 fois le rhumatisme pourrait être également incriminé (1, 5, 15, 28) ; 3 fois l'hérédité nerveuse (4, 9, 26). Dans tous les cas, les excès fonctionnels sont parallèlement indiqués.

Nos observations sont donc bien loin de prouver que la syphilis soit la cause exclusive, et même une cause prédominante d'ataxie locomotrice, mais elles permettent d'attribuer à cette diathèse une importance étiologique qu'elle n'avait pas avant le brillant travail du professeur Fournier. Elles nous indiquent surtout que la syphilis peut jouer souvent le rôle de cause prédisposante. La vérole anémie l'économie, et, suivant l'expression de Fournier lui-même, elle amène un véritable désarroi dans les fonctions dévolues à l'axe cérébro-rachidien.

Concluons en disant :

La syphilis crée rarement l'ataxie locomotrice progressive ; mais souvent elle place le malade dans des conditions particulièrement favorables au développement de cette affection. Elle peut d'autre part, par les lésions qu'elle produit dans le système nerveux central, donner lieu à des ataxies motrices symptomatiques, et c'est sur ces dernières que le traitement mixte paraît donner les meilleurs résultats. (*A suivre.*)

CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIQUES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE. — **M. H. LELOIR.**

Leçons sur la Syphilis (1) ;

Professées à l'hôpital Saint-Sauveur.

c) Sécrétion du chancre. Messieurs, la sécrétion du chancre est très peu abondante. Sur un chancre ordinaire, non enflammé et non ulcéreux, c'est à peine s'il existe à la surface du chancre un liquide transparent, clair, comparable à la sérosité vaccinale et peu abondant. Ce liquide est donc loin de présenter les caractères purulents du liquide qui s'écoule de l'ulcération du chancre simple. Comme le dit bien M. Lancereaux, en syphilis la virulence est opposée à la purulence. Lee avait justement remarqué que le chancre syphilitique ne suppure pas. Donc, premier caractère de la sécrétion, cette sécrétion n'est pas purulente.

Deuxième caractère, cette sécrétion est peu abondante. On a beau presser entre les doigts le chancre, c'est à peine si l'on augmente la légère humidité, le léger suintement qui le recouvre. Prenez au contraire une érosion d'herpès des organes génitaux, herpès solitaire, chancriforme ou non. Prenez cette érosion entre les doigts très souvent vous verrez la surface de cette érosion s'humecter notablement, très souvent même vous verrez sourdre sous l'influence de cette pression une gouttelette plus ou moins grosse d'un liquide transparent légèrement ambré rappelant absolument la sérosité de l'eczéma ou la sérosité qui s'écoule lorsque l'on rompt une vésicule ou arrache une croûte d'herpès labialis. Je vous ai montré souvent ce signe différentiel, auquel j'attache une grande importance et que les auteurs semblent avoir passé sous silence. J'ai proposé de lui donner le nom de *signe de l'expression du suc.*

Ce phénomène particulier me paraît dépendre de la différence des lésions histologiques que l'on observe dans le derme, dans le chancre et dans la vésicule d'herpès. D'un côté, il y a néoplasme. De l'autre côté, il y a inflammation hypérémique du derme avec troubles vasculaires d'origine nerveuse très accentués (1).

Si l'on examine au microscope le liquide de la surface du chancre, on n'y trouve que très peu de globules de pus, très peu de cellules lymphatiques, comme le dit Cornil. On y trouve aussi, dit ce maître, « de fines granulations graisseuses ou protéiques ; des spores très petites isolées ou réunies en chapelets, des bactéries en bâtonnets, etc. Ces diverses productions végétales ou vibrioniennes sont surtout abondantes le jour de l'arrivée des malades, avant qu'ils n'aient été lavés » (Cornil). Il s'agit là, en effet, Messieurs, très probablement de microbes ne présentant rien de spécifique, de microbes de saleté, de fumier. On y trouve en outre des cellules du corps muqueux de Malpighi plus ou moins altérées. Vous avez pu vous-mêmes étudier fréquemment dans notre service ces particularités histologiques du liquide qui s'écoule à la surface du chancre. Un bon moyen de faire cette étude histologique est, comme vous le savez, de prendre une lamelle couvre-objet, de l'appliquer légèrement sur la surface de l'érosion chancreuse, en un mot, d'étaler sur sa surface, par un moyen quelconque, une mince couche de ce liquide, de le fixer sur cette lamelle en le séchant par agitation dans l'air et de colorer ensuite en plaçant la lamelle dans des liquides colorants divers. (Tout récemment, Lustgarten, *loc. cit.*, signale dans la sécrétion du chancre infectant un bacille qu'il considère comme caractéristique de la syphilis. Voir pour plus de détails l'article Syphilis du récent et excellent livre de Cornil et Babès : les *Bactéries*.)

2° *Le syphilome primaire* (*Induration*). Abordons maintenant l'étude clinique du syphilome primaire, de l'induration chancreuse. L'importance diagnostique de l'induration chancreuse a été indiquée par Torella, Ambroise Paré, Jean-Louis Petit, Hunter, Rayer, et surtout accentuée par Ricord dans ses lettres sur la syphilis, lorsqu'il distingue les chancres en chancres qui s'indurent et chancres qui ne s'indurent pas. Cependant, c'est à Bassereau, en 1852, que l'on doit la distinction entre les deux chancres : le chancre syphilitique et le chancre simple. Je vous le rappelle encore une fois, il ne faut pas confondre chancre mou avec chancre simple (chancrelle de Diday) ; chancre syphilitique avec chancre induré.

(1) Voir *Progrès médical*, nos 11, 12, 16, 17, 20, 21, 25, [illegible], 29 et 33.

(1) Voir H. Leloir : *Sur deux caractères cliniques d'une grande utilité au point de vue du diagnostic entre le chancre infectant et l'herpès dans les cas difficiles.* Journal des connaissances médicales, 2 avril 1885.

(1) [illegible] je vous ai montré récemment, le défaut des pe[illegible] rappelant [illegible] en apparence [illegible] constituant [illegible] liquide [illegible]. (C'est un malade à chan[illegible] simple traumatique de la verge).

a) *Fréquence.* Quoi qu'il en soit, l'induration est presque constante dans le chancre syphilitique. Dans 325 cas, Bassereau l'a rencontrée 301 fois. Et encore pouvait-elle avoir existé pendant un certain moment. D'ailleurs, si elle peut échapper aux cliniciens dans des cas exceptionnels, elle se rencontre toujours au point de vue histologique. C'est ainsi que vous voyez sur ces préparations le syphilome siéger dans la couche papillaire du derme, bien que le chancre dont proviennent ces préparations ne présentât aucune trace d'induration clinique (1). En tous cas, au point de vue clinique, cette induration qui soustend l'érosion présente une grande importance diagnostique. Cette induration, comme l'a dit Hunter, est quelque chose de spécial par sa consistance, sa configuration, sa circonscription.

b) *Siège de l'induration. Moyen de la sentir.* Elle est sous le chancre, ne la dépasse pas, contrairement à l'induration inflammatoire. C'est l'assise du chancre (Fournier). En un mot, c'est un syphilome cru et dur comme une gomme crue. Messieurs, pour sentir l'induration, il faut, comme l'a dit Fournier, procéder de la façon suivante : a) Isoler le chancre des parties profondes en l'enlevant en l'air ; b) l'isoler des parties périphériques. Pour arriver à ce résultat, il faut saisir le chancre par les deux extrémités de son diamètre et non pas à distance, comme je l'ai vu faire par quelques-uns d'entre vous. Ceci fait, un petit mouvement d'opposition entre le pouce et l'index et vous sentez l'induration.

c) *Variétés de l'induration.* Suivant que le syphilome siège superficiellement ou profondément, suivant qu'il envahit seulement la couche papillaire, ou les régions supérieures du derme, ou tout le derme, ou même tout le derme avec une partie de l'hypoderme, l'induration sera lamelleuse ou superficielle, noueuse ou profonde. L'induration lamelleuse a été divisée par Ricord en induration foliacée, papyracée, parcheminée. Il est à noter que très souvent ces chancres à indurations superficielles sont érosifs, et présentent une durée courte. Dans d'autres cas, l'induration simule un disque de carton plus ou moins épais, enchâssé dans l'épaisseur de la peau, un bouton d'os, un haricot et même une noisette. C'est l'induration noueuse. En voici de beaux exemples chez ces malades.

L'induration fait parfois presque complètement défaut au centre du chancre ; je dis presque, car l'histologie nous montre qu'elle ne fait jamais complètement défaut : C'est l'induration annulaire de Wallace. Il est impossible de déterminer d'une façon précise les conditions qui font varier l'intensité de l'induration. La structure spéciale de la région paraît cependant jouer un rôle. Ainsi, les régions où l'épiderme est mince, où les vaisseaux sanguins ou lymphatiques constituent un riche lacis, les régions où existent de grosses glandes, comme le gland et le prépuce, paraissent prédisposer aux grosses indurations (2). Dire que l'induration varie avec la plus ou moins grande pénétration ou diffusion du virus n'est qu'émettre une hypothèse sans valeur.

L'induration chancreuse ne fait pas plus souvent défaut sur les muqueuses que sur la peau. Et je suis étonné de voir un dermatologiste de la valeur du professeur Neisser dire, dans son article Syphilis de l'*Encyclopédie* de Ziemssen, que l'on ne voit presque jamais de chancre dur sur les muqueuses ; que sur les muqueuses le chancre infectant se montre sous forme d'ulcération ou d'érosion, sans tendance à l'induration, sans néoplasme spécifique apparent, contrairement à ce qui se passe pour la peau. Tout ce que l'on peut dire, selon moi, c'est que les chancres à grosses indurations, à indurations noueuses, paraissent plus rares sur les muqueuses que sur la peau et les muqueuses voisines de la peau.

Certains auteurs avaient prétendu que l'induration manque chez la *femme.* Il n'en est rien, comme vous l'avez pu constater souvent chez nos malades. Langlebert et Diday avaient supposé que l'intensité de l'induration varie avec la nature du virus inoculé, que les indurations fortes sont consécutives aux inoculations au moyen du virus du chancre, que les indurations faibles sont consécutives aux inoculations au moyen du virus des papules érosives, etc. Cette opinion est loin d'être démontrée.

3° *Troubles fonctionnels.* Le chancre infectant ne s'accompagne guère des troubles fonctionnels. Vous le constatez tous les jours, le chancre infectant est indolent. Cette indolence est regrettable, car c'est une des raisons qui font que l'accident initial de la syphilis passe si souvent inaperçu. Le chancre infectant est aphlegmasique, il n'éveille pas de réaction inflammatoire dans son voisinage.

En somme, en général, le chancre infectant ne présente pas d'autres troubles fonctionnels que ceux qui peuvent résulter de son siège sur quelques points spéciaux : paupières, langues, lèvres, anus, etc. Le syphilome primaire ne devient douloureux et enflammé que lorsqu'il est irrité par une cause quelconque : cautérisations intempestives, urines, matières fécales, saletés, coït, marches, fatigues, excès, alcoolisme, grossesse, mauvais état de la santé générale, etc.

PATHOLOGIE MENTALE

Note sur les hémorrhagies cutanées par auto-suggestion dans le somnambulisme provoqué ;

Par le Dr H. MABILLE, directeur-médecin en chef de l'Asile de Lafond, près La Rochelle.

D'une note inédite concernant l'*auto-suggestion, dans le somnambulisme provoqué*, j'extrais ce qui suit, en ne retenant des phénomènes constatés que ce qui a trait aux hémorrhagies de la peau et en résumant brièvement les faits qui ont permis de les observer :

Le 5 août 1885, à ma visite, vers 8 heures 1/4 du matin, en présence de M. le Dr Ramadier, médecin-adjoint de l'asile de Lafond et de M. Chauvolot, interne du service, je plonge V... dans le somnambulisme et, désireux de combattre les insomnies du malade je lui dis : « Ce soir, à huit heures, vous direz au gardien Ernest : Ernest, venez donc me coucher, j'ai besoin de dormir. Puis vous irez vous coucher et vous dormirez jusqu'à cinq heures du matin. Pendant votre sommeil, *vous n'entendrez rien, vous ne verrez rien, vous ne sentirez rien.* Vous m'entendez V... ? — Oui, Monsieur. »

A 7 heures 57 environ, V..., qui se promène dans la

---

(1) C'était un chancre de la petite lèvre (bord libre), grand comme un centime ; érosif, rouge. Malgré un examen minutieux je n'y pouvais percevoir la moindre induration. L'examen histologique me montra les lésions du syphilome dans la couche papillaire du derme seulement. Ce chancre fut suivi d'accidents secondaires.

(2) Voir Finger : *Contribution à l'étude anatomique des organes génitaux de l'homme, dans ses rapports avec la sclérose initiale. (Collége médical de Vienne,* 9 février 1885, et *Vierteljahresschrift für Dermatologie und Syphilis,* 1885. Fasc. 1.

cour, reste le regard fixe, a quelques légères convulsions de la face ainsi qu'il arrive chez lui lorsque le terme de la suggestion approche, puis il tombe dans le sommeil ou plutôt dans *cet état intermédiaire* décrit par M. Dumontpallier; son hyperesthésie gauche a disparu. Il répète à son gardien les paroles citées plus haut, et à 8 heures précises dort d'un profond sommeil.

A partir de ce moment, sans qu'il me soit possible de le réveiller, car il ne voit rien, n'entend rien, ne sent rien, et la pression des zones hystérogènes reste sans effet, V... renouvelle spontanément la série des expériences auxquelles il a été antérieurement soumis. C'est ainsi qu'il presse avec les doigts sur les globes oculaires comme pour être mis en léthargie, ouvre les paupières pour passer à la catalepsie, se frotte le vertex pour arriver au somnambulisme, et entame le dialogue suivant faisant seul demandes et réponses :

D. — V..., m'entendez-vous ? — R. — Oui, Monsieur.

D. — Donnez-moi votre bras ? — R. — Oui, Monsieur.

D. — V..., un quart d'heure après votre réveil, il y aura un V sur votre bras, à la place que je marque (il désigne lui-même l'endroit sur son bras) et ça saignera ; vous entendez, je veux que ça saigne ? — R. — Oui, Monsieur.

D. — V..., comptez jusqu'à 10 et réveillez-vous à 7. V... compte 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, semble sortir de son sommeil, puis achève de compter 8, 9, 10 et s'arrête. Le sommeil se manifeste ensuite par des ronflements sonores.

Puis environ un quart d'heure après ce dialogue, V... est pris de la crise que nous avons l'habitude d'observer chez lui lorsque les stigmates lui ont été suggérés.

A la fin de cette crise nous examinons son bras et nous voyons un V, et ce V est couvert de sang. Cette effusion sanguine s'est produite au lieu et place d'un V suggéré par moi le 3 août, en présence de MM. les Drs Barth et Delarue (de la Rochelle), (méthode de MM. Bourru et Burot).

Les mêmes phénomènes se sont reproduits à *deux reprises*, dans la même nuit, *au même* endroit et par le *même mécanisme*.

V... s'est réveillé exactement à cinq heures précises du matin, sans savoir qu'il avait dormi et avec la conviction qu'il sortait de cueillir des fleurs dans le jardin de l'asile.

Il s'agit donc, dans ce cas, d'une hémorrhagie qui s'est produite durant le somnambulisme provoqué, sans aucun intermédiaire et au lieu et place des stigmates anciens, par ce que je crois pouvoir appeler *auto-suggestion*. Et cette auto-suggestion (aussi bien d'ailleurs que tous les phénomènes que j'ai pu observer dans la nuit du 5 au 6 août en présence de M. le Dr Ramadier et de M. Chauvelot), a été d'origine *corticale*, puisque le point de départ des impressions périphériques était supprimé.

Elle a été, comme le *réveil* et l'*extériorisation* de sensations antérieurement emmagasinées.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE (année 1886). — Prix Aubanel. — Question proposée : « *De la coexistence, chez une même malade, de délires d'origine différente (alcoolique, épileptique, paralytique, vésanique) au point de vue du diagnostic, du pronostic, du traitement et de la médecine légale.* » — Valeur, 2,400 francs. Prix Belhomme. — A décerner au meilleur travail manuscrit sur « *l'idiot* » et de préférence « *aux lésions anatomiques des centres nerveux dans l'idiotie* » — Valeur 1,200 fr. — Prix Esquirol. — Valeur, 200 francs, plus les œuvres d'Esquirol ; au meilleur mémoire manuscrit sur *un point de pathologie mentale*. — Prix Moreau (de Tours). — Valeur, 200 francs, au meilleur mémoire manuscrit ou imprimé ou à la meilleure *thèse inaugurale* publiée en 1885 sur une question de *pathologie mentale ou nerveuse*. — Les mémoires manuscrits ou imprimés doivent être adressés, dans les formes académiques, avant le 31 décembre 1885, à M. Ritti, médecin de la maison de Charenton.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Circulations locales ; nouveau procédé d'injection des veines.

Nous avons déjà eu l'occasion de signaler les recherches de M. Bourceret sur la circulation des doigts et la circulation dérivative des extrémités (*Année médicale*, 1884). On sait que l'auteur est arrivé, par un procédé d'injection des veines, du cœur vers les extrémités, malgré les valvules et sans les forcer, à saisir les origines mêmes du système veineux que l'on ne connaissait guère et sur lesquelles on était loin d'être d'accord.

Depuis, M. Bourceret a étendu ses recherches à plusieurs autres points de l'économie (pied, nez, oreille, etc.); il a pu montrer qu'il existait en ces régions des circulations locales, véritablement spéciales et par leur disposition anatomique et par leur but physiologique ; il a essayé de saisir quelques-unes des lois qui les régissent et il les livre à la publicité et à la critique en publiant la première partie de ses travaux, celle qui a trait à la circulation de la main.

Le procédé d'injection par lequel M. Bourceret a réussi, le premier, à injecter les veines contrairement au cours du sang, en paralysant le jeu des valvules, constitue une véritable découverte, une méthode nouvelle dont les résultats ne peuvent manquer d'être féconds, tant pour l'auteur que pour ceux qui s'engageront dans la même voie que lui.

Avant de résumer les dispositions et les lois de ces circulations locales, disons quelques mots du procédé d'injection imaginé par M. Bourceret. Tous ceux qui ont fait des injections veineuses savent combien il est difficile d'injecter les premières radicules des veines; si l'on pousse l'injection contrairement au cours du sang, on est vite arrêté par les valvules ; si, au contraire, on injecte, comme nous avons l'habitude de le pratiquer, des extrémités vers le cœur, il faut encore choisir une veine d'un certain volume permettant l'introduction d'une canule qui ne peut jamais être très petite : dans les deux cas les origines mêmes du système échappent à l'injection. Il est vrai qu'une injection pénétrante poussée avec lenteur et patience par les artères ne tarde pas à passer dans les veines qui sont ainsi injectées jusque dans leurs plus fins ramuscules ; mais artères capillaires et veines étant alors injectées avec une matière ou un liquide de même couleur, il est à peu près impossible de les distinguer. Pour obvier à cet inconvénient, M. Bourceret procède de la façon suivante : il met la pièce à injecter dans un bain chaud (40 à 45° centigr.) pendant cinq ou six heures ; il fait alors passer par l'artère principale une injection non colorée qui, poussée avec lenteur et constance, ne tarde pas à revenir par les veines sous-cutanées ; dès que celles-ci apparaissent nettement sous la peau et avant qu'elles ne soient distendues par l'injection, il arrête. Tout le système circulatoire du membre est alors injecté d'une même matière qui reste un liquide, car la pièce n'est pas sortie du bain chaud. Et jusqu'ici rien d'étonnant ; mais voici du nouveau : piquons avec un trocart la plus grosse des veines superficielles et laissons-y la canule

du trocart; par celle-ci et par l'autre canule qui est restée dans l'artère; poussons alors, très doucement et simultanément du cœur vers les extrémités, deux injections différemment colorées, l'artérielle en rouge, la veineuse en bleu. Résultat surprenant, les deux injections, la veineuse comme l'artérielle pénètrent et bientôt, à l'extrémité du membre, aux pulpes digitales, nous voyons la peau se colorer d'une teinte brunâtre: le rouge artériel et le bleu veineux viennent de s'y rencontrer.

La pièce est retirée du bain, refroidie, disséquée; le spectacle est étonnant; le doigt a repris la forme et l'aspect de vie; on le coupe, les plus fines artérioles, les plus fins ramuscules veineux sont injectés; on peut les suivre; voici une artériole rouge de la grosseur d'un cheveu avec ces deux veinules ratellistes bleues, là est un bouquet de ramifications artérielles, ici un plexus veineux, etc. On distingue facilement, il n'y a pas à se tromper; il n'y a plus qu'à observer et à décrire. La possibilité d'introduire une nouvelle quantité d'injection dans un système circulatoire déjà modérément rempli ne surprend point, étant donnée la capacité si variable du système circulatoire et particulièrement du système capillaire. Il est plus difficile d'expliquer comment les valvules n'arrêtent pas, dès ses premiers pas, l'injection veineuse rétrograde; on peut supposer que ces valvules ont été redressées et comme accolées à la paroi par l'injection première venue par les artères; ou encore qu'elles sont devenues insuffisantes dans des veines distendues par l'injection. Quoi qu'il en soit, le résultat est certain, tangible sur les pièces déposées au musée Orfila, visible sur les dessins véridiques qui illustrent l'ouvrage (Barraudel.) Avant de suivre l'auteur dans ses dissections et dans les conclusions qu'il en tire, disons que le procédé d'injection est d'une pratique délicate et fort difficile. M. Bourceret ne réussit pas à tout coup, tant s'en faut, et avant de réussir une première fois, il a fait nombre d'essais infructueux. Après un apprentissage assez long, l'habileté et le succès sont venus. J'ai souvent assisté aux séances d'injection et j'ai été émerveillé des résultats obtenus. C'était l'époque du concours du prosectorat; nous avions précisément à préparer les veines du membre inférieur; quelques candidats, dont j'étais, essayèrent la méthode Bourceret; mais un candidat est, pour mille raisons, un essayeur pitoyable. Cependant le procédé est bon et peut seul conduire à un résultat complet. Tel est l'avis du professeur Sappey dans la préface justement élogieuse qu'il a faite à l'ouvrage de M. Bourceret. Voici maintenant les points principaux de la circulation spéciale des extrémités (main, pied); les *artères* collatérales des doigts ne fournissent que des rameaux extrêmement grêles et peu nombreux dans leur trajet sur les parties latérales du doigt; aussi arrivent-elles avec un calibre relativement considérable à la dernière phalange; elles se terminent en arcade vers la partie moyenne de la face palmaire de cette phalange et, de l'arcade qu'elles forment, partent de nombreux bouquets artériels qui se divisent dans la pulpe du doigt; *elles n'ont pas de veines satellites.*

Les *capillaires* affectent à la pulpe digitale une disposition spéciale tout à fait caractéristique; on voit une artériole d'un calibre relativement considérable se diviser brusquement en un bouquet de gros capillaires (de 4 à 8 centièmes de millimètre de diamètre); ces capillaires se contournent et se pelotonnent en glomérules, puis se reconstituent en une veinule. Ces glomérules se rencontrent en grande abondance à la partie moyenne de la face palmaire de la phalangette, sous les deux tiers supérieurs de l'ongle, aux éminences thénar et hypothénar. Dans tous ces points, on rencontre, à côté de cette circulation spéciale, une circulation de nutrition dont les vaisseaux présentent le type habituel.

Les *veines* des doigts naissent pour la plus grande partie de la phalangette; leurs radicules se réunissent presque aussitôt pour former des troncs *d'un volume relativement considérable;* de là elles se portent vers la racine du doigt, en formant une couche vasculaire sous-cutanée qui recouvre presque toute la face dorsale du doigt; ces veines ne forment point, comme on le dit, de plexus irréguliers; elles suivent une *direction longitudinale* jusqu'à la première phalange, en échangeant de fréquentes anastomoses.

En résumé, il existe dans les points susdits, une circulation spéciale, *de fonction*, distincte de la circulation de nutrition et caractérisée essentiellement par le calibre des vaisseaux hors de proportion avec la nutrition de la première phalange.

Suivant M. Bourceret, cette circulation spéciale à la troisième phalange, a pour but de venir en aide à la circulation de nutrition et de chauffer les parties. Ne serait-elle pas aussi en rapport avec l'exquise sensibilité de ces régions?

Le travail de M. Bourceret nous paraît encore juger la question de la *circulation dérivative*, introduite dans la science par M. Sucquet, admise par les uns, niée par la plupart. L'appareil vasculaire spécial de la troisième phalange joue le rôle de *voie dérivative* et autorise à penser que la loi formulée par Harvey et démontrée par Malpighi ne comporte aucune exception.

Les études de M. Bourceret réalisent un incontestable progrès dans l'histoire du système veineux. Ces notions anatomiques nouvelles seront certainement utilisées par la physiologie et la pathologie; déjà cette circulation spéciale des extrémités a été invoquée par Ruault pour l'explication du pouls capillaire visible.

Paul POIRIER.

SOCIÉTÉS SAVANTES

CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES (1).

Session de Grenoble.

SECTION DES SCIENCES MÉDICALES.

MM. BOURRU et BUROT (de Rochefort) ont étudié l'action à distance d'un certain nombre de substances sur deux malades hystéro-épileptiques. Les narcotiques produiraient le sommeil selon leur caractère propre; il en serait de même des vomitifs, des purgatifs, des alcooliques, des antispasmodi-

(1) Voir le nº 34.

ques, etc. Nous reviendrons prochainement sur cette intéressante communication.

M. Duplouy dit avoir vérifié l'exactitude des faits si extraordinaires avancés par MM. Bouru et Burot.

Un nouveau mode de préparation pour les *injections hypodermiques* est l'objet d'une communication de M. Limousin. Il enferme la substance à injecter dans un ballon de verre minuscule et stérilisé dont l'on brise l'ampoule au moment de faire l'injection. Le liquide est recueilli et l'on charge la seringue de Pravaz.

M. Gosse (de Genève) traite de l'importance de la photographie en médecine légale et présente de nombreuses épreuves photographiques. La photographie des cadavres qui feront l'objet d'un examen médico-légal a déjà été utilisée par plusieurs médecins légistes ou autres en particulier à Paris (1).

Nous rappellerons encore que dans les asiles de Bicêtre et de Ste-Anne on a déjà, depuis plusieurs années, installé des ateliers de photographie dans un but plus ou moins analogue.

M. Poncet (de Lyon) fait une communication sur les lésions inflammatoires de l'apophyse coracoïde. Il conclut que : 1° On observe du côté de l'apophyse coracoïde, surtout pendant l'adolescence, avant la soudure des épiphyses, des ostéites primitives simulant la scapulalgie ; 2° Ces lésions osseuses que M. Poncet propose d'appeler coracoïdites peuvent être confondues avec une scapulalgie, avec une ostéite de l'extrémité supérieure de l'humérus, parfois même, ainsi que semble le prouver une des observations de M. Poncet, avec un mal de Pott cervical, en raison des irradiations douloureuses dans toute cette région.

Le diagnostic sera établi : 1° D'après le siège de la douleur à la pression ; 2° plus tard par la présence de tuméfactions, d'abcès en certains lieux d'élection ; région sous-claviculaire plutôt que sca-pulohumérale ; face interne du bras ; le pus suivant la gaine du corono-brachial ; de la courte portion du biceps ; 3° ces inflammations coracoïdiennes sont graves, en raison de la structure même de l'apophyse coracoïde, tissu spongieux s'enflammant souvent dans sa totalité et en raison du voisinage de l'articulation scapulo-humérale ; 4° elles sont justiciables de la résection. L'incision de M. Ollier devenue classique, pour la résection de l'épaule, ne donne pas un jour suffisant. M. Poncet conseille une incision en T ; cette incision, située un peu en dedans de l'apophyse coracoïde doit, dans sa première portion parallèle au bord inférieur de la clavicule, mesurer 6 à 8 centimètres, son milieu répondant au sommet de l'apophyse. Cette incision sera complétée par une autre incision de 6 centimètres de longueur, perpendiculaire à la première et répondant à l'interstice cellulo-graisseux qui sépare le grand pectoral du deltoïde ; 5° si la lésion s'étend jusqu'à la base de l'apophyse coracoïde, M. Poncet, pour se faire du jour, pour enlever tout le tissu malade, propose la résection de la tête humérale, comme opération préliminaire, opération qu'il a, du reste, pratiquée chez une de ses malades. Dans les ostéites tuberculeuses, la réunion par première intention ne saurait être cherchée, il faut drainer largement et conserver du jour pour lutter contre les récidives fongueuses par des cautérisations fréquentes, soit parfois avec le fer rouge, soit régulièrement avec les crayons de nitrate d'argent et d'iodoforme.

L'examen du sang, de la sérosité des bulles et de l'urine d'un cas de *pemphigus aigu* ont donné à M. Spillmann les résultats suivants : 1° Le sang contient dans le sérum des spores arrondies, le plus souvent isolées, parfois réunies deux par deux, mais jamais en plus grand nombre. Ces spores, assez difficiles à trouver, car elles sont mobiles, sont en petite quantité et ne mesurent que 7 à 13 μ ; 2° dans la sérosité des bulles récentes, se voient de nombreuses cellules épidermiques dissociées, des globules rouges de sang et des leucocytes ; ceux-ci, tous en plus forte proportion dans les bulles plus anciennes. On y rencontre également quelques granulations graisseuses et des spores analogues à celles du sang, mais elles sont ici plus nombreuses. Rarement isolées, elles se groupent habituellement par deux ou trois, de façon à présenter l'aspect d'un bâtonnet noueux, très court et rectiligne ; elles sont sensiblement plus volumineuses que dans le sang : en moyenne, elles mesurent 13 μ ; 3° l'urine contient de nombreuses bactéries noueuses, formées de quatre à dix granulations, et une certaine quantité de groupes irréguliers contenant de vingt à trente spores ; il y a aussi des spores isolées. Dans de liquide, bactéries et sporules sont, d'une façon générale, plus volumineuses que dans la sérosité et le sang ; ils atteignent en épaisseur une moyenne de 20 μ. On ne trouve, nulle part, de bactéries qui ne soit pas décomposées en spores. Partout ces éléments sont animés d'un mouvement gyratoire pour les spores isolées, onduleux pour les bactéries un peu longues, oscillant pour celles qui ne possèdent que deux ou trois granulations. L'inoculation du liquide des bulles n'a produit aucun accident chez les animaux.

M. Hayem expose les procédés qu'il emploie actuellement pour l'*examen du plasma sanguin.*

M. Dagrève (de Tournon) décrit une nouvelle *bobine d'induction* et son emploi thérapeutique; il lit ensuite un mémoire sur les *épidémies* de choléra qui ont sévi à Tournon depuis une vingtaine d'années : ces épidémies seraient dues à l'emploi d'eaux souillées bues par les habitants du quartier.

M. Teissier (de Lyon) fait une communication sur l'*albuminurie transitoire,* et en particulier sur l'*albuminurie intermittente cyclique* de Pavy.

M. Deshayes (de Rouen) lit un mémoire sur l'*aérothérapie.*

M. Nepveu (de Paris), à propos d'une observation personnelle fait l'historique de la *généralisation des néoplasmes par les veines et les lymphatiques.*

M. Duplouy (de Rochefort) cite deux cas de *taille hypogastrique* pratiquée par lui. Il démontre l'avantage de la taille hypogastrique sur les tailles périnéales aujourd'hui presque abandonnées par la plupart des chirurgiens.

M. Decès (de Reims) a obtenu un succès éclatant par la laparotomie dans un cas de *volvulus* chez une jeune femme de vingt-quatre ans.

La *production d'une carotide supplémentaire,* après ligature de la carotide primitive, chez un enfant de onze mois, aurait été observée par M. Bertin qui se base, pour affirmer le fait, sur la constatation, après deux années, de battements artériels aux lieux d'élection de la carotide.

M. Duplouy dit avoir constaté à l'autopsie le même fait.

M. Delthil (de Nogent-sur-Marne) fait une communication sur le *traitement de la diphthérie* par les inhalations du mélange de goudron et d'essence de térébenthine.

M. Chauveau a vu se développer, à la suite du bistournage chez des animaux sains en apparence, des accidents suppuratifs sans qu'aucun microbe ait pu s'introduire de l'extérieur ; il attribue ces accidents à la présence éventuelle de germes pathologiques dans le sang de ces sujets bien portants.

A la suite de cette communication s'engage une discussion à laquelle prennent part MM. Verneuil, Hayem, Ollier, etc., qui citent à l'appui de la même opinion, soit des faits cliniques, soit les résultats des recherches pathologiques. Nous rappellerons que souvent, lors de l'étude de certains microbes, nous avons eu l'occasion de signaler des opinions analogues émises par certains cliniciens (voir entre autres les articles sur le *micrococcus de l'ostéo-myélite*).

A propos de certains phénomènes qu'ils ont observés sur deux hystéro-épileptiques, MM. Bourru et Burot font observer que, selon eux, les *points d'inhibition* paraissent différer des points hypnogènes.

M. Chaumier (de Pressigny-Le-Grand) fait une communication sur la *nature épidémique de la pneumonie franche et sur son traitement par le froid.*

MM. Bourru et Burot développent l'histoire des *stigmates sanguinolents,* qu'ils ont provoqués par suggestion sur des sujets atteints d'hystéro-épilepsie.

Voici, d'après une note des auteurs, l'exposé complet de leurs expériences. — Un jeune homme de vingt-deux ans, atteint d'hystéro-épilepsie des mieux confirmées, fut observé,

(1) L'atelier de photographie de Saint-Louis date de 1869. C'est là qu'a été faite, entre autres, la *Revue photographique des hôpitaux* (de Montméja et Bourneville) ; c'est en 1872 que M. Bourneville a commencé à recourir à la photographie à la Salpêtrière, aidé d'abord par M. Besson, photographe, puis par son ami le Dr P. Regnard.

ces temps derniers, à la clinique médicale de l'école de Rochefort. Au moment de l'observation, il se trouvait hémiplégique et hémianesthésique à droite.

Nous savions, par de nombreuses expériences, que, dans l'état de somnambulisme, la suggestion de toutes sortes d'actes volontaires réussissait sans hésitation et au moment précis qui avait été commandé.

Le 6 avril dernier, ayant mis ce sujet en somnambulisme, l'un de nous lui fit la suggestion suivante : « Ce soir, à quatre « heures, après t'être endormi, tu te rendras dans mon cabi- « net, tu t'asseoiras dans le fauteuil, tu te croiseras les bras « sur la poitrine et tu saigneras du nez ». Ces précautions avaient pour but d'éviter que certains mouvements, un coup, une friction pussent provoquer l'hémorrhagie commandée. Le programme fut exécuté de point en point, et quelques gouttes de sang sortirent de la narine *gauche*, sans aucune provocation extérieure. Plusieurs personnes furent témoins de ce fait.

Un autre jour, le même expérimentateur traça le nom du sujet sur les deux avant-bras, avec l'extrémité mousse d'un stylet de trousse ; puis il lui fit le commandement suivant : « Ce soir à quatre heures, tu t'endormiras et tu saigneras aux « bras, sur les lignes que je viens de tracer » A l'heure dite, le sujet s'endort. Au bras gauche, les caractères se dessinent en relief et en rouge vif, et des gouttelettes de sang perlent en plusieurs points. Après trois mois, les caractères sont encore visibles, bien qu'ils aient pâli peu à peu ; à droite, côté paralysé, il ne parait absolument rien.

Depuis cette époque, le malade a été transféré à l'asile de Lafond (La Rochelle). M. le Dr Mabille, le distingué médecin en chef de cet asile, a renouvelé l'expérience. Le 2 juillet, il trace légèrement une lettre sur chaque avant-bras, et prenant la main gauche : « A quatre heures tu saigneras de ce bras » ; prenant alors la main droite : « et de celle-ci : — Je ne peux « pas saigner du côté droit, répond le malade ». C'est le côté paralysé. Avec la ponctualité ordinaire, le sang coule à l'endroit marqué à gauche ; rien à droite.

Enfin, notre confrère a renouvelé cette expérience, devant une quarantaine de personnes, médecins pour le plus grand nombre, magistrats, etc. Le sujet étant en somnambulisme, il trace une lettre sur le poignet gauche : « Tu vas saigner de « suite de cet endroit, commande-t-il. — Cela me fait grand « mal. — N'importe, je t'ordonne de saigner ». Le malade devient turgescent, la lettre se dessine rouge et saillante, enfin des gouttes de sang apparaissent et sont constatées par l'assistance. Toutefois, dans cette dernière expérience, il y eut une erreur de lieu. Ce fut la lettre tracée au voisinage, l'avant-veille, qui laissa suinter le sang. Peut être la suggestion n'avait-elle pas été assez précise ; peut-être l'exécution était-elle trop rapprochée du commandement, car c'était la première fois que la suggestion n'était pas faite pour un temps éloigné de quelques heures. Au surplus, cette erreur de lieu nous parait sans importance, car les lignes tracées légèrement sur la peau avec un instrument mousse, n'ont d'autre but que de donner à la suggestion une plus grande précision. Nous ne doutons pas que l'expérience puisse réussir sans cette précaution. — Ils relatent en outre les recherches faites par M. Mabille sur les *hémorrhagies cutanées par auto suggestion dans le somnambulisme provoqué* voir plus haut, p. 155, la communication complète).

M. Fauvelle (de Laon) s'appuie sur un grand nombre d'observations personnelles pour soutenir hypothétiquement que la *pellagre* serait produite par une bactéridie dont le développement exigerait des conditions particulières de température et de lumière; cette bactéridie serait annuelle et se reproduirait chaque année par les spores de la génération précédente.

M. Henrot a obtenu la guérison rapide d'un *kyste hydatique du foie* par l'emploi de ponctions aspiratrices suivies de l'électrolyse. MM. Verneuil, Leudet, Hayem, Lépine, etc., prennent part, à ce sujet, à une discussion où sont émises des opinions contradictoires.

A l'hôpital de Grenoble, M. Girard a observé dans le *traitement des abcès froids*, de bons résultats, mais aussi des insuccès à la suite de différentes méthodes (ponction, incision, raclage, injection d'éther chloroformé). L'immobilisation par les appareils silicatés lui a donné d'excellents résultats dans le *traitement de la coxalgie.*

M. Leudet (de Rouen) fait une communication intéressante sur l'*hypertrophie mammaire chez les hommes atteints de tuberculose pulmonaire.* Cette hypertrophie affecterait d'emblée toute la glande et serait toujours consécutive à des lésions étendues du poumon et de la plèvre ; elle s'accompagne de douleurs très vives, ne suppure pas et se termine par une résolution ; les ganglions voisins ne présentent jamais d'engorgement.

M. Duzéa cite plusieurs observations de malades atteints d'*angiômes superficiels et étendus des membres inférieurs* chez lesquels il a observé des troubles trophiques concomitants d'origine osseuse.

M. Drouineau rapporte quatre observations dans lesquelles, après la *ponction vésicale* nécessitée par de *fausses routes*, le cathétérisme redevint possible après une ou plusieurs ponctions.

M. Henocque expose les procédés qu'il applique à l'*examen spectroscopique du sang* et présente un ingénieux *appareil calorimétrique* qui permet de juger en quelques instants du degré d'anémie d'un malade par le plus ou moins de transparence de quelques gouttes de sang placé entre deux lames de verre.

M. Apostoli lit, au nom de M. Doléris et au sien, un mémoire sur un *nouveau traitement électrique de l'hématocèle péri-utérine par la galvano-puncture négative.*

A la section d'hygiène, M. Rochard a exposé la nécessité d'organiser le service de la vaccine en France ; il s'est déclaré le partisan de la vaccination obligatoire. Nos lecteurs savent que M. Liouville a déposé à la Chambre, à ce sujet, un projet de loi qui a reçu l'approbation du Comité consultatif d'hygiène, de l'Académie de médecine et de la Société de médecine publique.

Dans sa séance de clôture, l'Association française pour l'avancement des sciences a voté sa fusion avec l'*Association scientifique* et a choisi *Nancy* comme lieu de réunion du prochain Congrès ; M. Friedel en sera le président ; M. le Dr Rochard a été élu vice-président. (*A suivre.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 25 août 1885. — Présidence de M. Bergeron.

M. de Villiers rappelle que, dans la dernière séance de l'Académie, M. Guérin a déclaré que les médecins qui n'avaient pas reconnu la période prémonitoire du *choléra*, dite diarrhéique, avaient mal observé la récente épidémie dans les divers endroits où elle s'est montrée. M. de Villiers s'élève vivement contre ces assertions, d'autant plus qu'elles sont en discordance avec les faits qu'il a eu l'occasion de vérifier. Au mois d'octobre 1881, l'état sanitaire était incontestablement bon, avant l'éclosion de la maladie. Les résultats avancés par M. de Villiers sont recueillis sur le réseau des chemins de fer P-L-M, principalement dans les départements qui ont été contaminés par le choléra. Or, le chiffre des maladies intestinales, durant le premier semestre de 1884, a été inférieur de 460 unités à celui de 1883. Mais, depuis l'épidémie cholérique de 1884, il en a été autrement, et les accidents intestinaux de toute sorte sont restés très fréquents.

M. Larrey communique une lettre de M. Sedan (de Toulon), relative à un cas de choléra qui s'y serait produit au commencement du mois d'août. Un musicien de la flotte, revenant des environs de Toulon, avait rapporté une certaine quantité de fruits. Le lendemain de son arrivée et le surlendemain, il eut une diarrhée légère ; le quatrième jour, il eut une diarrhée plus intense, éprouva des symptômes cholériformes, et fut contraint à s'aliter. Tous ces accidents s'aggravèrent, et le soir il succombait. D'après M. Sedan, ce cas de choléra se serait produit dans les conditions suivantes : Ce musicien s'était trouvé, pendant une répétition, en rapport avec trois camarades récemment arrivés de Marseille et porteurs des vêtements qu'ils avaient en traversant cette dernière ville.

M. de Villiers connaissait le cas rapporté par M. Larrey.

Depuis cette époque, il a reçu deux nouvelles lettres, relatives à l'épidémie actuelle. A partir de la mort de ce musicien, le 7 août, et jusqu'au 20, Toulon n'a présenté aucun cas de choléra. Le premier cas s'est révélé le 20, le deuxième le 21. Depuis cette époque, le nombre des cas varie de 5 à 6 par jour. En somme, l'épidémie se montre légère. M. de Villiers a enfin reçu une lettre de Dijon, lui signalant des foyers épidémiques dans les casernes de cette ville.

M. Tholozan fait une communication sur le *choléra dans l'Inde*, ses degrés, ses variétés, au point de vue de l'épidémiologie générale. M. Tholozan n'admet dans l'Inde qu'un seul choléra susceptible de se montrer épidémique, endémique, sporadique, avec mille variations de forme et d'intensité, suivant les années, les saisons et les lieux. M. Tholozan déclare également qu'il n'y a eu, en Europe, qu'un seul choléra; que le choléra nostras n'est qu'une variété du choléra grave; que dans les pays d'Europe, sans importation de l'Inde, on observe quelquefois des choléras aussi graves que ceux de l'Inde, mais par petites épidémies ou par cas isolés.

M. Méhu lit une note qui a pour but d'appeler l'attention sur la *solubilité du biiodure de mercure* dans les huiles, l'axonge, la vaseline, et quelques autres dissolvants. A. Josias.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

VIII. Essai de thérapeutique bactérienne; par Cantani.
IX. Urethan, ein neues hypnoticum; par V. Jaksch (*Wien. med. Blätter*, 13 et 20 août 1885).
X. Le Damania, nouvel aphrodisiaque (*Revista clinica e terapeutica*, août 1885, p 421).

VIII. M. Cantani (de Naples), se basant sur le fait de la destruction de cultures de Schizomycètes pathogènes par certaines bactéries, a eu l'idée d'utiliser en thérapeutique l'action destructive des bactéries inoffensives. Il fit choix, pour ses premières expériences, du *bacterium termo*, pour combattre le *bacille tuberculeux* de Koch. M. Manfredi expérimenta d'abord l'action du *bacterium termo* sur les animaux, et ce n'est qu'après s'être assuré de sa parfaite innocuité que M. Cantani fit sur l'homme l'expérience suivante :

Une femme âgée de 42 ans, fille d'un père mort d'une maladie de poitrine, présentait tous les signes physiques d'une vaste caverne, siégeant dans le lobe supérieur du poumon gauche avec fièvre vespérale (variant entre 38° et 39°), toux et expectoration purulente (75 à 90 cent. cubes); les crachats contenaient des fibres élastiques et de nombreux bacilles tuberculeux. Amaigrissement rapide (poids : de 41 kil. 200 gr. à l'entrée, 23 avril 1885, à 39 kil.). Les crachats inoculés à des animaux les rendirent tuberculeux. Devant l'insuccès de divers traitements on se décida le 4 mai à lui pratiquer des inhalations de gélatine nutritive liquide diluée dans du bouillon de viande stérilisé contenant une culture pure de *bacterium termo*; les inhalations furent faites avec un pulvérisateur ordinaire. L'expectoration diminua, puis cessa complètement; les bacilles diminuèrent, puis disparurent, tandis qu'au contraire on constatait dans les crachats la présence de plus en plus abondante du *bacterium termo*. La fièvre ne dépassa plus 38° et le poids s'éleva à 39 kil. 600 gr. Les animaux inoculés avec les crachats exempts de bacilles tuberculeux ne donnèrent aucun signe de tuberculose.

M. Cantani se promet de continuer ses recherches. Sa communication provisoire, datée du 22 juin, a paru dans le n° du 18 juillet du *Centrablatt für die medicinischen Wissenschaften*. Nous avons cru utile de dire quelques mots de cet essai de thérapeutique nouvelle qui est peut-être appelé à jouir bientôt d'une certaine faveur, tout en faisant nos plus expresses réserves sur le cas publié. On s'étonne, en effet, que du 23 avril (date de l'entrée de la malade), au 4 mai (date du début du traitement bactérien), on ait pu observer assez exactement la marche de l'affection et l'influence des nombreux traitements mis en usage pour pouvoir affirmer leur inefficacité. Le temps écoulé lors de la communication de M. Cantani, paraît aussi bien court pour être aussi affirmatif qu'il l'est au sujet des inoculations qu'il a pratiquées. Enfin le résultat ne paraît pas des plus brillants. En résumé, M. Cantani aurait sagement agi en attendant quelque peu pour nous donner une observation plus complète et par suite plus concluante (1).

IX. Les propriétés de l'*urethan* ($NH_2\,CO_2,\ C_2H_5$) ont été d'abord étudiées par Schmiedeberg sur les animaux, puis utilisées chez l'homme par Jolly (2). Ce nouveau corps se présente sous la forme de cristaux blancs très solubles dans l'eau, sans odeur, sans goût désagréable rappelant celui du salpêtre.

M. Jaksch vient de publier le résumé de vingt observations de malades chez lesquels il a fait usage de l'urethan, qu'avant d'administrer, il avait eu soin d'expérimenter sur des lapins; il avait pu constater qu'à la dose de 50 centigrammes à 1 gramme par kilogramme du poids de l'animal, il ne produisait aucun phénomène toxique.

L'urethan est un hypnotique; donné à la dose de 25 centigrammes, il ne produit aucun effet hypnotique bien nettement déterminé; il doit être administré aux doses de 50 centigrammes à 1 gramme. Le sommeil est obtenu généralement de une demi-heure à deux heures après. Il est inutile de lui associer un correctif autre que l'eau.

En résumé, l'urethan (3) possèderait sur les autres hypnotiques les avantages suivants : il est très bien supporté par les malades chez lesquels il ne produit jamais de phénomènes secondaires. Le sommeil ressemble tout à fait au sommeil normal physiologique.

X. Les feuilles de *Damiana* possèderaient une action laxative, tonique et diurétique. Les américains le considèrent comme un aphrodisiaque puissant dans tous les cas de faiblesse génitale de causes diverses dans les deux sexes, et là où la strychnine, le phosphore, l'électricité, etc., n'ont donné aucun résultat satisfaisant.

On fait ordinairement usage d'une infusion de toute la plante ; le goût en est aromatique et l'odeur semblable à celle du cidre ; on emploie aussi l'extrait américain à la dose d'une cuillerée à café, trois fois par jour, pendant deux à trois mois. On a encore utilisé ce médicament dans diverses affections nerveuses, dans les maladies du rein et dans le diabète. Le Damiana est l'objet d'une sophistication, on le remplace parfois dans le commerce par des feuilles d'*aplopappus discoïdeus* (4). P. Bricon.

BIBLIOGRAPHIE

Paris médical; par le Dr Schreiber (Vienne, 1883).

Le livre du Dr Schreiber résume ce qui a trait au système hospitalier de Paris et à son enseignement médical. Utile pour l'étranger qui désire nous connaître, il doit aussi nous intéresser vivement, car bien des particularités vont étonner le Dr Schreiber : à l'hôpital, toutes les cliniques se font aux mêmes heures, au lieu de se succéder, l'interne n'est pas docteur et n'a pas le droit de l'être ; à la Faculté les professeurs permutent leurs chaires, etc. Aussi, en ouvrant ce livre, pensons-nous trouver, à côté du récit détaillé des impressions de l'auteur, une critique approfondie de notre système médical. Le parallèle avec le système d'enseignement tel qu'il est pratiqué avec tant de fruits en

(1) Dans le n° du 26 août de la *Gazette degli ospitali* nous trouvons un nouvel essai de M. Salama Esare de traitement de la tuberculose par le *Bacterium termo*. L'observation nous paraît susceptible des mêmes critiques que celle de M. Cantani.

(2) Kobert. *Jahresbericht uber die Fortschritte der Pharmak-therapie*, Strasbourg, 1885, p. 134.

(3) Le prix en est actuellement de 25 kreutzer 62 cent.) par gr.

(4) Le Damiana ou Damaina serait composé avec les feuilles et les sommités fleuries soit du *Turnera microphylla* (Turneracées), soit de l'*aplopappus venetus* (composées-tubuliflores) ; la dose serait de 30 gr. de feuilles par jour (*Dictionnaire usuel des sciences médicales*, par Dechambre, Mathias Duval et Lereboullet, page 457.) — Il s'agit là d'un médicament connu au Mexique depuis le XVIIe siècle et sur lequel les journaux americains ont publié d'assez nombreux articles (*Virginia medical Montly*; —*The med. Record*, N.-Y., 1881, I. p. 644, etc., etc.)

Allemagne, nous promet une abondante récolte de faits instructifs. Malheureusement pour nous, le Dr Schreiber a écrit un livre programme. Signalons toutefois, en passant, les remarques qu'il fait sur la mauvaise direction et l'insuffisance de la Faculté de médecine et relevons une erreur de peu d'importance mais partagée par bien des étrangers. L'auteur fait plusieurs allusions « au courant anti-allemand » qui existe à Paris. S'il est vrai qu'un sentiment de répulsion réciproque est partagé par les deux peuples, il est inexact de dire que les hommes de science et sans parti-pris, j'emploie les expressions de l'auteur, se laissent entraîner par un tel courant. Qu'il soit Berlinois ou Viennois, le Dr Schreiber recevra à Paris le même accueil sympathique. J. DAGONET.

Zur Kentniss der path. Farbenempfindungen; par le Dr HILBERT (Memorabilien, Heilbronn, 1884.)

Il existe une pathologie du sens des couleurs, aussi peut-on en s'appuyant sur la pathologie générale et l'anatomie pathologique admettre les deux classes suivantes : 1° *Excitation* du centre du sens des couleurs — impressions colorées pathologiques ; 2° *Paralysie* de ce centre — cécité des couleurs avec les 3 variétés de cécité congénitale (lésion congénitale du centre des couleurs) cécité de l'hypnose et de certains cas de fièvre intermittente (affection passagère de ce centre) et de cécité pathologique (destruction du centre).

L'auteur étudie particulièrement les impressions colorées pathologiques et fait suivre son étude d'une longue bibliographie. J.-D.

Ueber die Ehrlich'sche Harnreaction mit Diazobenzosulfo saeure; par PERING (*Zeitschr. f. Heilk.* Bd. VI — Prag. 1885).

L'auteur contrôle les recherches d'Ehrlich. Sous l'action de l'acide diazobenzosulfurique, certaines urines fébriles, particulièrement celles des malades atteints de typhus abdominal et de phthisie pulmonaire se colorent en rouge en même temps que se forme un précipité vert au bout de 12 à 24 heures. Ehrlich n'a jamais vu cette réaction se produire dans des urines normales et a insisté sur son importance au point de vue du pronostic. Sa méthode est la suivante :

On ajoute à l'urine un volume égal du réactif contenant des traces d'acide diazobenzosulfurique pur ou saturé avec l'ammoniaque.

Pour préparer le réactif on ajoute 5cc de la solution :

Nitrite de soude . . . 0,5
Eau distillée. . . . . 100cc.

à 250cc de la solution :

Acide sulfaniline 1,0
Acide chlorhydrique . . . 50cc
Eau distillée . . . . 1000cc J.-D.

Nouveaux cas d'anchylostomasie observés chez des houilleurs du bassin de Liége, par MASIUS et FRANCOTTE. (*Bull. de l'Acad. roy. de méd. de Belgique* (3), XIV nº 4, 1885).

L'ankylostome duodénal a été signalé pour la première fois en Belgique par Firket, à la fin de 1884, chez des mineurs anémiques du bassin de Liége. Depuis, Masius et Francotte ont vérifié cette observation et ont retrouvé, dans les cas d'anémie des mineurs, soit les œufs du parasite, soit le parasite lui-même. Contrairement à l'opinion de Fabre, Masius et Francotte ont *toujours* trouvé l'ankylostome chez les mineurs anémiques et ils n'hésitent pas à le considérer comme la cause de la maladie ; ils reconnaissent d'ailleurs qu'un mineur, aussi bien que toute autre personne, peut être atteint d'anémie essentielle, due aux privations, à l'alcoolisme, etc., ce qui explique suffisamment les cas où Fabre n'a pas trouvé le parasite. L'extrait éthéré de fougère mâle, auquel Perroncito conseille de substituer l'acide thymique, s'est montré efficace pour expulser le ver. R. Bl.

VARIA

Choléra.

En *Espagne* la situation est stationnaire ; le nombre des décès est peu différent du chiffre des semaines précédentes, toutefois l'épidémie semble diminuer dans certaines provinces.

PROVINCES :	19 AOUT.		20 AOUT.		21 AOUT.		22 AOUT.		23 AOUT.		24 AOUT.		25 AOUT.	
	Cas.	*Décès.*	*Cas.*	*Décès.*	*Cas.*	*Décès.*	*Cas.*	*Décès.*	*Cas.*	*Décès.*	*Cas.*	*Décès.*	*Cas.*	*Décès.*
Alicante	67	30	186	70	163	66	154	58	186	49	195	93	142	50
Badajoz.	2	3	»	4	3	»	»	»	160	59	6	3	1	»
Jaen.	76	49	78	42	»	»	73	19	82	47	72	37	50	18
Murcie.	54	71	180	42	103	18	115	47	140	43	114	49	128	39
Tarragone	55	14	78	26	77	18	100	27	43	23	88	23	75	18
Albacète	186	70	170	16	216	65	130	37	160	59	128	42	141	46
Tolède	171	63	169	73	178	65	180	62	90	32	228	89	305	73
Grenade	617	317	»	»	709	271	806	287	703	262	596	252	562	187
Sarragosse	510	237	682	223	555	176	625	189	657	196	515	167	500	179
Castillon	43	16	140	42	144	42	151	42	132	40	114	27	101	23
Terruel	332	80	357	106	353	90	339	122	282	135	234	96	323	81
Cordoue	32	5	117	32	88	22	184	49	165	44	171	28	168	49
Valence.	151	47	106	46	100	35	112	59	78	51	80	24	104	43
Zamora	72	8	138	17	105	20	191	25	78	7	181	14	86	9
Soria	29	19	87	28	108	29	99	27	112	22	65	18	131	25
Ségovie.	23	12	35	14	65	8	36	16	38	12	32	4	44	17
Navarre.	491	109	509	122	»	»	637	107	269	108	387	90	298	84
Lerida	50	20	97	77	119	33	115	33	154	26	167	45	131	49
Gerone	25	5	23	3	»	»	107	9	46	17	»	»	27	17
Palencia.	103	24	33	12	98	16	»	»	64	10	202	28	198	34
Salamanque	10	3	8	5	3	»	10	4	12	4	11	4	19	7
Guadalajara	76	23	84	16	53	21	22	15	31	22	»	»	47	23
Burgos	141	4	18	6	18	5	22	4	27	6	»	»	22	10
Cuenca	»	»	217	69	118	66	252	68	444	118	252	101	276	90
Ciudad-Real	99	40	111	3[illegible]	134	52	116	49	113	38	148	52	140	53
Huesca	74	18	116	37	92	28	114	24	114	13	»	»	99	21
Valladolid	152	55	224	71	200	70	231	66	322	73	305	50	140	47
Almeiria	64	25	124	40	204	59	352	121	500	151	525	122	348	131
Barcelone.	66	15	72	45	87	35	77	41	124	60	102	46	106	48
Logrono	114	33	127	27	78	65	80	25	128	48	69	21	65	20
Malaga	27	7	86	16	104	33	93	34	243	103	»	»	74	12
Madrid	28	17	24	15	19	13	21	12	22	14	27	20	26	15
Environs	106	28	102	32	»	»	118	47	102	37	83	24	92	35
Lazaret de Mahon .	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»

France. — Les chiffres fournis sont absolument contradictoires, et varient parfois du double selon les sources auxquelles on s'adresse. Les renseignements que nous fournissons ne peuvent donc être considérés comme absolument exacts, mais ils donnent toutefois une idée approximative de la marche et de l'étendue de l'épidémie.

Marseille. — L'épidémie cholérique qui règne à Marseille ne paraît pas devoir atteindre la gravité de l'épidémie de 1884. — Quelques cas ont éclaté dans le courant d'août dans différentes communes environnantes, à *Salon* où les décès ont été en moyenne de 4 par jour (11 le 23 août), à *Saint-Loup*, à *Lançon*, à *Saint-Chamas*, à *Cornillon*, à *Istres*, à *Marignane*, à *Pelissane*, à *Port-de-Bouc*, à *Mouriès* où le dernier cas a été constaté le 15 août. On a signalé aussi quelques cas à *Arles* et à *Aix* et à *Avignon*, mais en résumé l'épidémie semble avoir de la tendance à se répandre.

Le *Petit Provençal* du 25 août demande que « MM. les curés des églises voisines du boulevard Baille, évitent de faire sonner le *glas* jusqu'à 8 *heures* du soir. » *La Lanterne* annonce que le Dr Jaime Ferran aurait offert à la municipalité de Marseille ses services (?) que la Commission sanitaire a refusée.

	MARSEILLE.		PHARO.		
	Cas.	Décès.	Entrées.	Guérisons.	Décès.
19 août. . . .	»	65	»	»	»
21 — . .	»	69	24	3	10
22 — . .	»	46	16	6	8
23 — . .	»	45	15	6	11
24 — . .	»	44	10	4	8
25 — . .	»	39	17	8	5
26 — . .	»	27	13	9	9

Toulon. — Le 23 août on constatait dans cette ville 13 décès cholériques de 7 heures du matin à 7 heures du soir, le 24 août 26 décès, le 25 août, 10 décès. — Des cas isolés ont aussi été signalés à *Digne*, à *Manosque*, à *Sisteron*, à *Carcassonne*, à *Cruzy* (Hérault). — Il y aurait eu un cas cholérique (?) à *Alger*.

Une thèse refusée à la Faculté de Médecine.

« Le 28 juillet dernier, un candidat se présentait à la Faculté pour soutenir une thèse intitulée : *Contribution à l'histoire de la fécondité artificielle* (1) ; ce candidat fut ajourné. De là, grand émoi dans le public (*extra-médical*), mis au courant de cet incident par les journaux politiques.

Nous ne voulons pas rechercher ici la cause de tant de bruit à propos d'un fait de si minime importance ; mais, comme le récit de presque tous les journaux est accompagné de commentaires absolument erronés, nous désirons donner quelques éclaircissements à ceux de nos lecteurs peu au courant de ces questions.

Ainsi que l'a déjà déclaré le professeur Pajot, président du Jury d'examen de la thèse, dans une lettre rendue publique, la question de morale n'est pour rien dans cette affaire. Le candidat fut ajourné pour avoir apporté à l'examen des faits trop peu scientifiquement établis, et voilà tout.

Quant à la question de la *fécondation* artificielle, elle n'a été nullement mise en jeu, C'est une opération qui peut soulever des scrupules respectables, dont les indications sont *exceptionnelles*, mais qui doit être regardée comme une des plus belles conquêtes scientifiques. Conseillée déjà par Hunter, elle a pénétré difficilement, il est vrai, dans les habitudes médicales ; mais aujourd'hui, elle est enseignée à la Faculté et décrite dans les traités d'obstétrique et de gynécologie les plus récents, ainsi qu'on peut s'en convaincre en lisant les ouvrages des professeurs Pajot et Tarnier » (*Revue scientifique*, 22 août 1885).

Dans l'almanach général de médecine et de pharmacie publié par l'*Union médicale* (année 1883), nous trouvons M. GÉRARD (G.), indiqué comme docteur (1869) et membre de la Légion d'honneur; puis vient la mention suivante : *Traité pratique des maladies de la femme; stérilité et fécondation artificielle*; 400 *pages*; *prix*: 5 *francs*, de 1 à 4 heures, rue d'Amsterdam, 14 (maison de santé à Bois-Colombes). — Parmi les officiers de santé nous trouvons dans le même annuaire, un A. Gérard, Paris, 1875, rue des Bourguignons, 66, à Asnières, qui pouvait bien être le même que le précédent. Nos lecteurs n'ont sans doute pas oublié le procès intenté à M. Gérard par Mlle Céline Montaland à propos du prix demandé par le premier pour *deux cent trente-cinq heures de massage*, nous les renvoyons en tous cas à la *Gazette des tribunaux* du 7 septembre 1876; ils consulteront aussi avec intérêt une brochure illustrée intitulée : *La véridique histoire du chanoine Le Masseur, d'une princesse grasse et d'un maître potier*, etc. ; Heymann, rue du Croissant, 15. Quoique les noms ne soient indiqués que par des initiales, ils n'auront aucune peine à les compléter. Nous nous bornons à ces quelques citations qui suffiront largement à nos lecteurs pour être édifiés sur la valeur scientifique de l'auteur de la thèse sur la Fécondation artificielle.

(1) Si nous en croyons le *Figaro* du 5 août 1885, cette thèse aurait été tirée à 1,200 exemplaires.

JURISPRUDENCE PHARMACEUTIQUE.

L'interne en pharmacie Reinchard, l'auteur involontaire de la méprise qui a causé la mort à deux malades de l'hôpital Saint-Louis (voir le no 00, p. 000), était traduit le 26 août devant le tribunal correctionnel pour homicide par imprudence. Il a été condamné à trois mois de prison et 50 francs d'amende. — La *sœur qui avait purgé un des malades sans autorisation et a ainsi causé sa mort* n'a pas été encore poursuivie, On se rappelle qu'il n'en a pas été de même quand il s'est agi des infirmières laïques. Singulière justice ; singulière administration !

Incendie à la ferme dépendant de l'asile de Ville-Evrard.

Un incendie considérable a éclaté hier dans les hangars à fourrages dépendant du domaine de Ville-Evrard. Le feu a été involontairement mis par une petite fille dont le père est porcher à la ferme et qui préparait les aliments destinés aux repas, à deux mètres environ des hangars. Alimenté par le vent du nord, le feu ne tarda pas à envahir toute la surface des bâtiments qui ne fut bientôt plus qu'un vaste foyer. Les pertes sont considérables. Pas de victimes. Cinq pompes ont travaillé ; ce sont celles de Noisy-le-Grand, Neuilly-sur-Marne, Neuilly-Plaisance, celles de Ville-Evrard (*Lanterne*, 26 août).

58e Congrès des naturalistes et médecins allemands.

Ce congrès aura lieu à Strasbourg du 18 au 23 septembre. Parmi les communications annoncées nous citerons les suivantes : Adamkiewicz (Cracovie), *De la sclérose en plaques d'après une nouvelle méthode de recherches* ; — Schuster (Aix-la-Chapelle), *Un cas de sclérose multiple du cerveau et de la moelle à la suite de syphilis* ; — Rumpf (Bonn), *Des hémiplégies et monoplégies syphilitiques* ; — Ranke (Munich), *De la paralysie cérébrale infantile* ; — Henoch (Berlin), *De la paralysie diphtéritique* ; — Kohts (Strasbourg), *Des tumeurs de la moelle chez les enfants* ; — Binswanger (Iéna), *De l'histologie pathologique de l'écorce cérébrale dans la paralysie générale* ; — Fürstner (Heidelberg), *De quelques phénomènes post-apoplectiques et post-épileptiques* ; — Schultze (Heidelberg), *De la porencéphalie* ; — Hünerfauth (Homburg), *De l'emploi du massage et de la gymnastique dans le traitement de l'hystérie et de la neurasthénie* ; — Freusberg (Sarguemines), *Des symptômes moteurs dans quelques psychoses* ; — Neisser (Breslau), *Des injections de Calomel dans la syphilis* ; — Doutrelepont (Bonn), *Démonstration de bacilles de la syphilis*; — Unna (Hambourg), *Des bacilles de la lèpre et histologie de la peau lépreuse* ; — Wolff (Strasbourg), *Une nouvelle préparation iodée* ; — Orth (Göttingen), *De l'endocardite* ; — Zahn (Genève), *Du carcinôme*, etc. ; — Roy (Cambridge), *Pathologie de l'asthme* ; — Klebs (Zürich), *Communications bactériologiques* ; — Lücke (Strasbourg), *De la luxation dite congénitale du fémur* ; Schenk (Berne), *De l'étiologie de la scoliose* ; — Fischer (Strasbourg), *Du traitement chirurgical de l'empyème* ; — Jurasz (Heidelberg), *De la trachéotomie et de ses suites* ; — etc. Nous nous bornons à citer ces quelques communications ; nous ajouterons seulement que le programme des sections d'ophtalmologie, d'otologie, de laryngologie, d'hygiène, d'anatomie, de physiologie, de gynécologie et de pédiatrie est également très chargé.

Enseignement médical libre.

Clinique médicale. M. LANDOUZY, professeur agrégé, remplaçant M. le professeur Hardy à la Charité, y commencera le mardi 1er septembre, ses leçons cliniques qu'il continuera les samedis et mardis suivants à dix heures.

FORMULES

5. Acide Osmique.

Cet acide, déjà employé en injections interstitielles dans le traitement des tumeurs (Delbastaille, etc.), a été utilisé par MM. Neuber, Eulenburg, Lipburger, Merces, dans le traitement des névralgies, avec des résultats divers.

Acide osmique cristallisé .	0 gr., 10 cent.
Eau distillée	10 gr.

La solution doit être conservée au frais, dans un flacon de verre noir ou de plomb. M. Eulenburg n'aurait noté aucun accident local ni général.

Dose: On injecte de 50 cent. à 1 gramme de la solution, soit de 5 milligrammes à 1 centigramme d'acide. L'injecion est pratiquée *loco dolenti* dans le voisinage du nerf malade.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — **Du dimanche 16 août au samedi 22 août 1885, les naissances ont été au nombre de 1,881 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 435; illégitimes, 164. Total, 599. — *Sexe féminin* : légitimes, 421 ; illégitimes, 161. Total, 582.**

MORTALITÉ A PARIS. — **Population d'après le recensement de 1881; 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 16 août au samedi 22 août 1885, les décès ont été au nombre de 950, savoir : 499 hommes et 451 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 18, F. 11. T. 29. Variole : M. 1 F. 2, T. 3. — Rougeole: M. 8. F. 7, T. 15. — Scarlatine : M. 3 F. 4 T. 7. — Coqueluche : M. 0, F. 2. T. 2. — Diphthérie, Croup M. 9 F. 9, T. 18. — Dyssenterie : M. 4. F. 2, T. 6. — Erysipèle : M. 3, F. 3, T. 6. — Infections puerpérales : 10 — Autres affections épidémiques : M. ., F. ., T. .. — Méningite tuberculeuse et aiguë : M. 14 F. 17, T. 31. — Phthisie pulmonaire : M. 113, F. 86 T. 199. — Autres tuberculoses : M. 21, F. 6. T. 27. — Autres affections générales : M. 24, F. 39. T. 63. — Malformations et débilité des âges extrêmes : M. 26, F. 19, T. 45. — Bronchite aiguë : M. 3, F. 9, T. 12. — Pneumonie : M. 22, F. 10, T. 32. — Athrepsie : M. 77, F. 75, T. 152. — Autres maladies des divers appareils : M. 124, F. 122, T. 246. — Après traumatisme : M. ., F. ., T. .. — Morts violentes : M. 17, F. 4. T. 21. — Causes non classées M. 13, F. 14, T. 26.**

***Mort-nés et morts avant leur inscription* : 105 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 34; illégitimes, 16. Total : 50. — *Sexe féminin* : légitimes, 40 ; illégitimes, 15. Total : 55.**

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Secrétariat.* — Pendant les vacances jusqu'au samedi 10 octobre, le secrétariat sera ouvert tous les jours de midi à 3 heures. Le secrétaire de la faculté recevra tous les mercredis de 1 à 3 heures.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Sont chargés, pendant l'année scolaire 1885-1886, des cours complémentaires ci-après désignés, à la Faculté de Médecine de Paris, MM. les agrégés dont les noms suivent : MM. GARIEL, *physique*; — HANOT, *anatomie pathologique*; — REYNIER, *physiologie* ; — PINARD, *accouchements*: — HANRIOT, *chimie* ; — BLANCHARD, *histoire naturelle*. — Sont chargés pendant le premier semestre de l'année scolaire 1885-1886, des cours complémentaires ci-après désignés à la Faculté de médecine de Paris, MM. les agrégés dont les noms suivent : MM. HALLOPEAU, *pathologie interne* ; — TERRILLON, *pathologie externe* ; — Sont chargés, pendant le deuxième semestre de l'année scolaire 1885-1886 des cours auxiliaires ci-après désignés, à la Faculté de médecine de Paris, MM. les agrégés dont les noms suivent : MM. JOFFROY, *pathologie interne* ; — HUMBERT, *pathologie externe*. — M. GARIEL, agrégé près de la Faculté de Paris, est maintenu en exercice pendant l'année scolaire 18-5-86. — MM. Lejars, Mérigot de Treigny, Démoulin, Villemin, Monprofit et Villar sont nommés, pour quatre ans, aides d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris, en remplacement de MM. Chaput, Broca, Tuffier, Ricard, Hache et Wikam, dont le temps d'exercice est expiré.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — Par décret en date du 11 août 1885, le doyen de la Faculté de médecine de Bordeaux, au nom de cet établissement, est autorisé à accepter, aux clauses et conditions énoncées dans le testament olographe, du 24 septembre 1880, le legs fait par M. Godard (Jean-Baptiste-Camille), et consistant : 1° En un titre de rente 3 p. 100, pour les arrérages être employés à la fondation de prix annuels ; 2° En une somme de 100,000 pour la fondation d'un jardin botanique.

FACULTÉ DE MONTPELLIER. *Concours pour les prix de fin d'année.* — 1re année, prix : M. Bichon (de Montpellier . 2e année, prix : M. Georges de Rouville (de Montpellier), mention honorable, M. Casiglia (de Nice); 3e année, néant ; — 4e année, prix : M. Boulhès, d'Agen. — *N. B.* Ce n'est pas la première fois qu'il n'y a pas de candidats pour le prix de 3e année; cela tient, pensons-nous à ce que l'ancien programme n'est pas en rapport avec le nouveau régime d'études. — *Prix de Thèses.* — Ont été classées dans l'ordre suivant par le jury chargé de décerner le prix, les meilleures thèses de l'année 1884. — Prix : 1° celle de M. Chapon ayant pour titre : *Contribution à l'étude anatomo-pathologique de la tuberculose du foie* ; — 2° M. Planchon ; — 3° MM. Peschaud et Estor, *ex æquo* ; — 4° M. Fournac.

FACULTÉ DES SCIENCES DE BORDEAUX. — M. RAULIN, professeur de géologie et minéralogie à la Faculté des sciences de Bordeaux, est admis, sur sa demande et pour cause d'ancienneté d'age et de services, à faire valoir ses droits à une pension de retraite, à partir du 1er novembre 1885. M. Raulin est nommé professeur honoraire.

FACULTÉ DES SCIENCES DE NANCY. — M. GRANDEAU, professeur à la Faculté des sciences de Nancy, est mainteun, pour trois ans, dans les fonctions de doyen de ladite Faculté.

ECOLE DE MÉDECINE DE LIMOGES. — A la suite d'un concours qui s'est ouvert le 15 juin dernier devant la Faculté de médecine de Bordeaux, en exécution du décret du 1er avril 1883, M. le Dr Gilbert RAYMONDAUD, prosecteur à l'école de médecine et de pharmacie de Limoges, a été nommé par arrêté ministériel du 4 juillet 1885, professeur suppléant d'anatomie et de physiologie à la même école.

HÔPITAUX DE MARSEILLE. — Un concours pour la nomination à deux places de pharmacien en chef dans les hôpitaux et hospices civils de Marseille sera ouvert le lundi 19 octobre 1885 à 1 heure précise, dans l'amphithéâtre des concours de l'Hôtel-Dieu de Marseille. Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de l'Administration des hospices, depuis le 17 août 1885 jusqu'au vendredi 2 octobre inclusivement, de deux heures à six heures du soir.

HÔPITAUX DE MARSEILLE. — Un concours pour la nomination à sept places d'élèves en pharmacie des hôpitaux civils de Marseille sera ouvert le 3 novembre 1885 à trois heures de l'après-midi, dans l'amphithéâtre des concours de l'Hôtel-Dieu de Marseille. Les élèves qui voudront concourir devront se faire inscrire au secrétariat de l'administration des hospices à l'Hôtel-Dieu de neuf à midi et de trois à cinq heures du soir jusqu'au 25 octobre inclusivement.

ASILES D'ALIÉNÉS DE LA SEINE. — *Nominations* — Par arrêt préfectoral du 30 juillet M. Lucien PICQUÉ, chef de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu, est nommé chirurgien adjoint des asiles d'aliénés de la Seine (emploi créé). Le nouveau titulaire touchera un traitement fixe de 300 francs par Asile, soit 1,200 fr. et une indemnité de déplacement de 200 francs pour chacun des Asiles situés hors barrière savoir : Villejuif, Ville-Evrard et Vaucluse.

AMPHITHÉATRES D'ANATOMIE. — Le préfet de police vient de prendre un nouvel arrêté modifiant l'ordonnance du 25 novembre 1833, relative aux amphithéâtres d'anatomie. A dater de ce jour, les débris de cadavres, provenant des amphithéatres d'anatomie de la Faculté de médecine de Paris, seront incinérés dans l'appareil spécial récemment établi au cimetière de l'Est ou inhumés dans tout autre cimetière de Paris.

PRIX. — M. Léon de Lenval, à Nice, vient de fonder un prix de 3,000 francs qui sera décerné à l'auteur de la meilleure *application des principes microphoniques à la construction d'un appareil facilement portatif et améliorant l'audition des malades.* Les instruments destinés à concourir devront être envoyés avant le 31 décembre 1887 à l'un des membres du jury ci-dessous désignés, et seraient seuls admis au concours les appareils qui sont complètement achevés. Le prix sera décerné au mois de septembre 1888 pendant la session du quatrième Congrès international d'otologie à Bruxelles. Jury : M. le professeur Hagenahc-Bischoff, président, à Bâle, Mission str. 20 — M le Dr Gellé, à Paris, 20, avenue de l'Opéra. — M. le Dr Benni, à Varsovie, 16, Bracha. — M. le professeur Burckhardt-Merian, à Bale, 42, Albanvorstadt — M. le professeur Adam Politzer, à Vienne, J. Gonzagasse, 19.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OTOLOGIE ET DE LARYNGOLOGIE. — La Société française se réunira en session ordinaire, à Paris, les 8, 9 et 10 octobre, à 8 heures du soir, à la mairie du 1er arrondissement, place Saint-Germain-l Auxerrois. Messieurs les membres de la Société qui désirent faire une ou plusieurs communications dans cette session, sont priés de vouloir bien prévenir M. le Secrétaire, Dr MOURA, (37, Chaussée d'Antin jusqu'au 20 septembre et rue d'Amsterdam, 72 *bis*, après le 20 septembre), et lui adresser leurs mémoires avant le 20 septembre prochain. La communication doit être faite ou écrite en français et ne pas dépasser dix pages de bulletin.

UN BON EXEMPLE A SUIVRE ; LEGS. La comtesse de Boso, décédée en 1883, a légué à la faculté de médecine de Marbourg 800,000 marks (un million de francs), pour des prix, des bourses de voyages pour de jeunes médecins, etc.

BOURSES DE DOCTORAT. — Par arrêté du 17 juillet 1885 l'ouverture du concours pour l'obtention des bourses du doctorat aura lieu, au siège des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie, le 26 octobre 1885. Les registres d'inscription seront clos, au secrétariat de l'Académie dans laquelle résident les candidats, le 17 octobre, à 4 heures.

FÉDÉRATION BRITANNIQUE. — La conférence annuelle de la fédération britannique, continentale et générale (police des mœurs) aura lieu à Anvers du 16 au 18 septembre.

UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES. — *Nominations*. Le Dr WERNICKE, Privat-Docent à Berlin, est nommé professeur extraordinaire à la faculté de Breslau. — Le Dr A. CHRISTIANI, professeur extraordinaire, est transféré dans la chaire de physique Physiologique. — Le Privat-Docent RUBNER (de Munich), professeur de physique médicale, a reçu un appel comme professeur extraordinaire d'hygiène à Marbourg. — Le Dr FISCHER (d'Erlangen) est appelé à succéder au professeur Wislicenus à Würzburg (chaire de chimie). — Le Dr Karl RABL, Privat-Docent d'anatomie à Vienne, est nommé professeur extraordinaire d'anatomie à la même faculté. — Le Dr P. BUNGE (de Dorpat), Privat-Docent, a été appelé à Zürich comme professeur de physiologie. — Le Dr LEUBE (d'Erlangen), professeur de clinique médicale a définitivement accepté la chaire de Gerhardt à Würzburg. — Le Dr L. STIEDA (de Dorpat), professeur d'anatomie, a accepté l'appel qu'il avait reçu de la faculté de Königsberg, comme professeur d'anatomie en remplacement de Merkel. — Le Dr Ernest FUCHS, professeur d'ophthalmologie à la faculté de Liège est nommé professeur ordinaire de la 2e chaire de clinique des maladies des yeux à la faculté de Vienne en remplacement du Dr Jager, décédé. La faculté avait proposé en première ligne le professeur Mautner. — Le Dr V. BABÈS, Privat-Docent ex-assistant du professeur Scheuthauer, est nommé professeur extraordinaire d'histologie pathologique à l'université de Buda-Pesth.

CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ ITALIENNE D'HYGIÈNE. — La seconde reunion des hygiénistes italiens aura lieu à Pérouse du 14 au 20 septembre prochain. Cette réunion coïncidera avec le XIe Congrès de l'Association médicale italienne qui aura lieu dans la même ville

NOUVEAU JOURNAL. — Nous recevons le premier numéro d'*El Monitor medico*, organe des intérêts scientifiques et professionnels du corps médical, publié sous la protection de l'Académie libre de médecine de Lima, paraissant à Lima, les 1er et 15 de chaque mois.

NÉCROLOGIE. — Le 4 juillet est mort à l'age de 42 ans le Dr Hermann V. BOECK, professeur extraordinaire de pharmacologie à Munich — Le 17 juillet est décédé, à l'âge de 39 ans, le Dr Albrecht BUDGE, professeur extraordinaire d'anatomie à Greifswald et fils du célèbre physiologiste. — On annonce la mort à Vienne du Dr SCHLAGER, professeur extraordinaire de psychiatrie et directeur de l'asile national d'aliénés.—Le Dr H.-W. REICHARDT, professeur extraordinaire de botanique à Vienne, est décédé le 3 août. — Le Dr Oscar BERGER, professeur extraordinaire de neuropathologie à Breslau, est décédé le 19 juillet à l'âge de 41 ans. Privat-docent en 1873, il avait été nommé professeur extraordinaire en 1878. Il est l'auteur d'un grand nombre de travaux dont la plupart ont été analysés dans ce journal Nous citerons entre autres : *Die Lähmung der Nervus thoracicus longus* (1873), les articles *Epilepsie, paralysie agitante, tétanie*, etc., dans la *Real-Encyclopädie* de Eulenburg, ses recherches sur l'*hypnotisme*. — Dr Louis-Eugène FORGET (de Paris). — Dr DUCOM, pharmacien honoraire des hôpitaux de Paris. — Dr SOULÉ (de Saint-Etienne), décédé le juillet, à l'âge de 55 ans. — M. CHRISTOPHE (de Charlieu), officier de santé, âgé de 77 ans. — M. BILLANT (1868), officier de santé, âgé de 36 ans. —On annonce la mort des Drs JOUBERT, inspecteur en chef des services administratifs de la marine et AUGIER, médecin de 2e classe de la marine, tous deux décédés à Toulon du choléra. — L'*Union médicale du Canada* annonce la mort du Dr JACKSON, doyen de la Faculté de médecine de Laval (Québec), et professeur de tocologie à cette faculté ; il était âgé de 75 ans. — Le Dr VERCHÈRE (Antonio), âgé de 64 ans. — En Espagne l'épidémie toujours croissante vient encore de faire deux victimes parmi les membres du corps médical, le Dr ANGEL FRANCA (de Tudela) et VICENTE (de Madrid).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Publications du Progrès médical.

COMBY (J.). — **De la dilatation de l'estomac chez les enfants.** Br. in-8 de 39 pages. — Prix : 1 fr. 25. — Pour nos abonnés. . . . 0 fr. 85 c.

D'OLIER (H.). — **De la coexistance de l'hystérie et de l'épilepsie avec manifestations distantes des deux névroses (hystéro-épilepsie à crises distinctes).** Brochure in-8 de 39 pages. — Prix : 1 fr. 25. — Pour nos abonnés. 0 fr. 85 c.

Librairie G. CARRÉ, 112, boulv. St.-Germain.

BIZZOZERO (G.) et FIRKET (Ch.). — Manuel de microscopie chimique. Microscopie légale, chimie clinique. Technique bactérioscopique. 1 vol. in-8 de 557 pages, avec 103 figures et 7 planches hors texte.

Librairie A. DELAHAYE et E. LECROSNIER, Place de l'Ecole-de-Médecine.

ANNUAIRE DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET D'HYGIÈNE PROFESSIONNELLE. Vient de paraitre la 9e année, 1885. Broch. in-8 de 51 pages.

BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET D'HYGIÈNE PROFESSIONNELLE. Vient de paraître le tome VII, 1884, 1 volume in-8 de 440 pages.

Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales publié sous la direction du Dr DECHAMBRE, secrétaire de la rédaction : L. HAHN.

Vient de paraitre : de la deuxième série, L.-P. ; le tome XXIe, deuxième partie ; PAROTIDE-PO-TSE. Nous remarquons les articles suivants : Paternité (médecine légale), par Tourdes ; — Pathologie comparée, par Larcher. 1 vol. in-8 de 343 pages avec figures. — De la première série A-E., le tome XXXIe, deuxième partie : EAU-EBEL. Nous remarquons les articles suivants ; Eau (hygiène), par Arnould ; Eaux-de-vie (thérapeutique), par Fleury, Eaux-Bonnes, par Rotureau. 1 vol. in-8 de 370 pages, avec figures.

LOGERAIS. — Traitement des affections du foie, congestion, hypertrophie, coliques hépatiques, par les eaux de Pougues. Brochure in-4 de 16 pages.

MILLET. — L'angine arthritique. Traitement par les eaux d'Aix-les-Bains et de Marlioz. Broch. in-8 de 16 pages.

Librairie F. ALCAN, 108, boulevard Saint-Germain.

DURAND-FARDEL. — Les eaux minérales et les maladies chroniques. Leçons professées à l'Ecole pratique. Deuxième édition revue et augmentée. 1 vol. in-18 de 230 pages.

Librairie O. DOIN, 8, place de l'Odéon.

ARDUIN. — Contribution à l'étude thérapeutique et physiologique de l'antipyrine. Broch. in-8 de 128 pages. — Prix : 3 fr. 50.

BOUDET DE PARIS. — Electricité médicale. — Etudes électrophysiologiques et cliniques. Broch. in-8 de 79 pages. — Prix : 3 fr.

GINGEOT. — Du traitement rationnel de l'affection furonculeuse. Broch. in-8 de 50 pages. — Prix 2 fr. 50.

HUCHARD. — Etudes thérapeutiques sur l'antipyrine. Br. in-8 de 60 pages. — Prix 2 fr. 50.

ROUCH. — Applications de la méthode graphique à quelques points de la physiologie du gros intestin. Broch. in-8 de 114 pages.

TALBERT. — L'allaitement maternel. Conseils aux mères de famille. Broch. in-18 de 60 pages. — Prix 1 fr. 25.

Librairie G. STEINHEIL, 2, rue Casimir Delavigne.

LUSK (W.-T.). — Science et art des accouchements. Traduit sur la 2e édition américaine par le Dr DOLÉRIS. Précédé d'une préface par le professeur PAJOT. 1 vol. in-8. — Prix : 16 fr.

FABRE. — Les mineurs et l'anémie. — Communication faite à la société de l'industrie minérale à Montluçon, le 20 janvier 1884. Broch. in-8 de 32 pages.

Librairie A. MASSON, 120, boul. Saint-Germain

GOUGUENHEIM (A.). — Des indications de la trachéotomie dans la tuberculose laryngienne. Broch in-8 de 5 pages.

CHURCH (S.-W.). — A general index to the first twenty volumes of the St-Bartholomews, hospital reports from 1865-1884. 1 vol. in-8, cartonné de 111 pages. — London, 1885. — Smith Elder et Ce.

13e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. II. No 36 BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 5 SEPTEMBRE 1885.

Le Progrès Médical

CLINIQUE NERVEUSE

—

Hémiplégie cérébrale infantile et maladies infectieuses;

Par Pierre MARIE, chef de clinique de la Faculté.

Dans un travail publié en 1884 dans le *Progrès Médical*, nous avions cherché à prouver par un assez grand nombre d'exemples que la sclérose en plaques s'observe fréquemment à la suite de maladies infectieuses et qu'il en est de même pour plusieurs autres affections du système nerveux. Nous allons essayer de montrer maintenant les relations de l'*hémiplégie infantile* avec les maladies infectieuses.

Déjà, au commencement de cette année, dans un mémoire fait en collaboration avec E. Jendrassik (1) nous avions soutenu l'existence de ces relations; depuis lors nous avons pu de nouveau les constater à propos de deux autres cas observés dans le service de M. le professeur Charcot et c'est cela qui nous a déterminé à revenir sur ce sujet.

M. Cotard (2) dans sa thèse sur l'*atrophie cérébrale* est, croyons-nous, le premier qui ait signalé l'influence des fièvres exanthématiques sur la production de la sclérose cérébrale avec atrophie et hémiplégie infantile.

M. Ad. Strümpell (3) a récemment, et en prenant la question à un point de vue plus général, nettement insisté sur l'action des maladies infectieuses par rapport à la production de l'hémiplégie infantile. Quoique lors de la rédaction de notre mémoire avec E. Jendrassik les opinions de cet auteur ne nous fussent pas encore parvenues, nous devons reconnaître que la date de la publication de son travail sur ce sujet est antérieure à celle du nôtre et que c'est à lui, sans aucun doute, qu'à cet égard revient la priorité.

Dans son excellente thèse sur les *scléroses encéphaliques*, notre ami H. Richardière (4) a, lui aussi, soutenu cette opinion que la sclérose cérébrale est souvent consécutive à une maladie infectieuse, et a trouvé dans les auteurs de nouveaux exemples à l'appui; d'après ses recherches bibliographiques sur 11 observations où la maladie a débuté après 2 ans, on trouve que : deux fois elle a suivi la *rougeole*; deux fois la *fièvre typhoïde*; une fois la *coqueluche;* une fois la *scarlatine ;* une fois la *fièvre rémittente;* une fois une *éruption vaccinale*, c'est-à-dire que sur 11 cas, la sclérose cérébale a été 8 fois consécutive à une maladie nettement infectieuse.

A ce tableau, il convient d'ajouter quelques autres faits du même genre. D'abord les deux cas signalés par Strümpell dans sa communication au Congrès de Magdeburg dont l'un survint à la suite de la *rougeole*, l'autre à la suite de la *scarlatine*.

De plus, un cas de Moncorvo (1) nous semble rentrer absolument dans la même catégorie, il est vrai que l'auteur le considère comme appartenant à la sclérose en plaques, mais, à notre avis, c'est bien plutôt d'une sclérose encéphalique vulgaire qu'il s'agit.

Fille de 4 ans, de race blanche, mère évidemment syphilitique, l'enfant aurait eu vers l'âge de deux mois des taches roses sur la face et le tronc, ainsi que des plaques ulcérées sur la langue et la muqueuse buccale.

Vers l'âge de 7 mois elle contracta une *variole* (n'avait pas été vaccinée) assez grave pour mettre sa vie en danger, et dans la période de suppuration elle fut prise de convulsions chroniques générales fort violentes avec perte de l'intelligence et de la parole.

A la suite de ces accidents, elle demeura presque un mois dans un état d'abattement profond, pendant ce temps la paralysie gagnait les membres du côté gauche. Cette paralysie pourtant n'est point restée permanente, mais au contraire elle est allée en diminuant au fur et à mesure que l'enfant recouvrait ses facultés. Enfin, vers l'âge de 2 ans, elle recommençait à balbutier et pouvait marcher toute seule. Toutefois, à la suite de cette amélioration, d'autres phénomènes commencèrent à se montrer. Au milieu d'une santé apparente l'enfant devenait subitement pâle, immobile, et ensuite les muscles de la face entraient en convulsions; quelques moments après ces symptômes disparaissaient tout à fait et l'enfant revenait à son état normal. Ces crises devinrent pourtant chaque fois plus fréquentes (10 à 12 par jour), plus longues et plus intenses, et bientôt après, les membres à leur tour entrèrent en convulsions. En même temps, la parole devenait de plus en plus embarrassée et l'intelligence s'émoussait progressivement, au point qu'aujourd'hui la petite Marie ne peut prononcer qu'un seul mot mâmá, et cela même d'une façon inarticulée.

Ses facultés intellectuelles sont profondément altérées; l'enfant n'exécute aucun de ces mouvements volontaires et affectifs propres à son âge; elle ne connaît personne, pas même sa mère, bien qu'elle l'appelle quelquefois d'une façon presque inintelligible.

Pour se tenir debout l'enfant est obligée d'écarter fortement les jambes, ayant toujours le pied droit tourné en dehors en valgus. La marche est très embarrassée, titubante, l'enfant exécute alors avec tout le corps un mouvement de balancement comme cela arrive chez les ataxiques. Les mouvements des membres supérieurs manquent également de coordination, mais l'enfant qui agite fréquemment ses bras, ne fait que très rarement des mouvements de préhension. Les mouvements des membres supérieurs sont accompagnés d'un tremblement qui ressemble assez à celui qu'on observe dans la paralysie agitante chez les adultes.

Elle urine partout et ne dénote jamais par aucun geste le besoin d'aller à la selle.

Le crâne est déformé; les bosses pariétales sont très proéminentes, et l'occipital extrêmement bombé. L'acuité visuelle paraît peu affaiblie; les yeux sont très impressionnables à la lumière; l'enfant évite le jour. L'ouïe se trouve presque entièrement abolie.

La sensibilité tactile paraît émoussée; la sensibilité douloureuse et électrique est partout conservée. Pas d'anesthésie ni d'hyperesthésie. Les muscles réagissent sous l'excitation électrique. Pas d'atrophie musculaire.

---

(1) E. Jendrassik et P. Marie. *Contribution à l'étude de l'hémiatrophie cérébrale* (*Arch. de Physiol.*, janvier 1885.)

(2) Cotard. *Thèse* de Paris, 1868.

(3) Ad. Strümpell. *Ueber die acute Encephalitis der Kinder* (*Naturforsch. Versamml. zu Magdeburg*, 19 sept) in *Deutsche med. Woch*, no 44, 1884.

(4) Richardière. — *Etude sur les scléroses encéphaliques primitives de l'enfance.* Thèse de Paris, 1885.

(1) Moncorvo. — *De la sclérose en plaques chez les enfants* (*Uniao medica*, janvier 1884, p. 16. Rio de Janeiro).

Dans cette observation, les accidents nerveux initiaux se sont montrés pendant la période de suppuration de la *variole* et c'est bien probablement sous l'influence de celle-ci qu'ils ont pris naissance. Cependant il est bon de remarquer que l'enfant était en puissance de syphilis héréditaire et que cette dernière infection peut, elle aussi, jouer un rôle dans la production de l'hémiplégie cérébrale (1).

A ces faits, nous joindrons les deux observations suivantes recueillies dans le service de notre maître, M. le professeur Charcot. Dans l'une, c'est pendant la *coqueluche*, dans l'autre pendant les *oreillons* que l'hémiplégie s'est produite.

Obs. I. — Pauline Lem....., âgée de 10 ans. Sa mère est eczémateuse, ne présente pas de maladie nerveuse. Son père est mort à Bicêtre ataxique après trois ans de séjour dans les hôpitaux, c'était un alcoolique, on ignore s'il avait eu la syphilis. Grand'mère maternelle morte d'émotion en voyant un de ses enfants brûlé. Peu de renseignements sur la famille paternelle.

Les quatre frères et sœurs venus au monde avant Pauline Lem..... sont morts (trois dans les 9 premiers jours, un à 14 mois), il ne semble pas qu'ils aient eu de boutons sur le corps, cependant chez l'un d'eux « le nez coulait ». Les deux autres enfants sont parfaitement bien portants.

Pendant la grossesse de cette petite fille, la mère n'a rien éprouvé d'extraordinaire. La petite malade elle-même, depuis sa naissance jusqu'à l'âge de 5 ans, aurait joui d'une parfaite santé.

A l'âge de 5 ans, vers le mois de novembre 1879, elle avait la *coqueluche ;* un jour vers les deux heures de l'après-midi, elle se plaignit d'avoir mal à la tête, cependant elle alla jouer avec d'autres petites filles. Tout d'un coup, en voulant leur partager des bonbons qu'on lui avait donnés, il lui devint impossible de parler et de se servir de sa main droite ; elle ne tomba pas, mais elle ne pouvait pas marcher. — Sa mère la prend dans ses bras et la couche, elle semblait comprendre encore et répondait un peu, par signes ; pendant la nuit elle se plaignait et poussait des gémissements inarticulés; sa mère constate alors qu'elle était tout à fait paralysée de tout le côté droit, elle ne reconnaissait plus personne. Le lendemain matin on s'aperçoit que la bouche était tirée du côté gauche ; à ce moment, la jambe et le bras droits ont été pris pendant une heure et demie de mouvements convulsifs d'une très grande amplitude ; vers trois heures de l'après-midi, deuxième crise analogue jusqu'à huit heures du soir ; la nuit elle dort à peu près ; le lendemain nouvelles crises analogues, mais de faible intensité ; le surlendemain, à neuf heures du soir, crise très forte jusqu'à deux heures du matin ; le jour suivant, elle reprend enfin connaissance. La paralysie de la main et du pied droits avait déjà diminué, mais il restait encore une faiblesse très marquée de ces membres qui peu à peu alla en s'amoindrissant.

Six semaines ou deux mois après ces accidents, on s'aperçut que de temps en temps elle avait de petites absences d'une très courte durée, pendant lesquelles elle lâchait tout ce qu'elle tenait; quelquefois aussi elle éprouvait des vertiges précédés presque toujours d'une aura dans le bras droit.

En mai 1883, elle eut pour la première fois une grande attaque d'épilepsie, et à partir de ce moment celles-ci survinrent environ 2 à 3 fois par mois.

Actuellement la malade a le libre usage de ses membres du côté droit, ceux-ci ne présentent aucune déformation, cependant ils ne sont pas tout à fait aussi forts que ceux du côté opposé, au dynamomètre m. dr. = 17; m. g. = [illegible]2, assez souvent aussi elle butte en marchant; l'intelligence est assez développée.

Obs. II (2). — Le 9 juin 1885, on apporte à la consultation de M. le professeur Charcot le nommé Bl.... (Albert), âgé de 30 mois, atteint depuis trois semaines d'hémiplégie infantile.

Les renseignements héréditaires, du côté paternel, sont peu précis ; on note seulement que le père, né dans un pays à Malaria (val d'Aoste), est sujet aux accès de fièvre paludéenne. Il aurait aussi, depuis très longtemps, une maladie de peau. Du côté de la mère, les antécédents névropathiques sont très nets; la mère a un oncle épileptique; un de ses cousins est aliéné; une autre parente s'est noyée dans un accès d'épilepsie ; enfin la mère elle-même a présenté dans son enfance (de 7 à 11 ans) des manifestations convulsives présentant un caractère comitial.

Quant au petit malade, il avait joui jusqu'alors d'une bonne santé; mais il a toujours été turbulent et assez méchant; il était intelligent. La dentition n'a point déterminé d'accidents convulsifs, il n'a eu autre chose qu'une forte diarrhée. L'enfant parlait et marchait très bien. Il n'aurait jamais présenté de manifestations spécifiques.

Le mercredi 13 mai 1885, l'enfant eut de la fièvre et une somnolence assez marquée : il se produisit une tuméfaction notable de la région parotidienne droite. (La mère désigne très bien les limites de la région parotidienne). La peau était rouge, luisante, lisse ; la tuméfaction et les phénomènes inflammatoires se seraient ensuite portés à la région parotidienne gauche. D'après la description donnée par la mère il est hors de doute qu'il s'agissait là des *oreillons*.

Le samedi 16, à quatre heures et demie du soir, ont commencé les manifestations convulsives qui marquent le début de l'affection actuelle. L'enfant aurait eu tout d'abord les deux mains portées à la bouche, les yeux blancs, une véritable trépidation épileptoïde très bien indiquée par la mère; la face pâlie. Au bout de quelques minutes, le visage devint violacé; les yeux restaient fixes, levés en l'air; la bouche se convulsa, puis les membres. Des mouvements cloniques se manifestèrent, avec prédominance marquée du côté gauche; le membre supérieur remuait beaucoup plus que l'inférieur, la bouche était tirée à droite. Les mouvements convulsifs durèrent toute la nuit sans interruption, mais avec une force plus ou moins grande ; vers huit heures du soir, il parut y avoir une légère rémission, le petit malade articula quelques sons : « Oh ! la la! Oh ! la la!... » ; ce fut de minuit à deux heures du matin qu'eut lieu le maximum d'intensité. Vers quatre heures du matin, les convulsions s'arrêtèrent, l'enfant ferma les yeux. Il resta deux jours et demi immobile, les paupières constamment closes et comme dormant; il comprenait cependant, ouvrait la bouche lorsqu'on lui disait de l'ouvrir. Au bout de ce temps, quand il parut se réveiller et qu'il ouvrit les yeux, ceux-ci étaient complètement hagards.

Ce fut cinq ou six jours après le début des accidents qu'on remarqua que le côté gauche était paralysé. La bouche, à ce qu'assure la mère, était droite, et ce n'est que lorsque l'enfant a ri que l'on s'est aperçu de sa déviation.

Etat actuel (9 juin 1885). — La langue ne paraît pas déviée. Le côté gauche de la bouche est paralysé, ce qui ne se voit que lorsque le petit malade rit ou parle. Par moments cependant, ce côté gauche de la bouche est soulevé par une sorte de spasme qui dure quelques minutes.

L'enfant parle très bien; il paraît avoir conservé toute son intelligence, peut-être est-il un peu plus irritable et plus méchant. Il bave parfois.

Le bras gauche est pendant en extension et en pronation forcée, les doigts pliés, le pouce en dedans. Il n'y a pas de contracture véritable, on peut imprimer au membre à peu près tous les mouvements. Les réflexes tendineux (olécrâniens) sont un peu forts à gauche. — La jambe gauche est dans l'extension, le pied en flexion plantaire assez accentuée. Il n'y a pas de rigidité. Les réflexes tendineux existent nettement des deux côtés et ne semblent pas plus forts à gauche. On peut obtenir trois ou quatre légères secousses de phénomène du pied. Quand on fait marcher l'enfant, la jambe gauche reste à peu près immobile, écartée du corps. Le malade ne peut marcher seul. Dans les premiers temps de la maladie, assure la mère, il tombait fréquemment de ce côté. Il ne paraît pas y avoir de troubles de la sensibilité.

(1) E. Jendrassik et P. Marie, *loc. cit.*, p. 94 en note.

(2) Cette observation a été rédigée par M. Lafosse externe du service.

Voici donc cinq nouveaux cas d'hémiplégie infantile consécutifs à une maladie infectieuse, qui doivent être ajoutés aux huit autres rassemblés par H. Richardière. Pour n'être pas des plus élevés, ce total nous semble cependant suffire amplement à montrer qu'il s'agit là, non pas d'une simple coïncidence, mais d'une véritable relation de cause à effet.

Il s'en faut d'ailleurs que, dans tous les cas, cet élément étiologique soit aisé à rechercher ; le plus souvent, on ne voit l'enfant que plusieurs semaines ou plusieurs mois après les premiers accidents, les parents effrayés par leur violence n'ont conservé le souvenir que de ceux-ci, ils n'ont pas remarqué autre chose ; assez fréquemment cependant, en fixant leurs souvenirs, on arrive à savoir qu'un peu auparavant l'enfant était souffrant, qu'il avait perdu l'appétit, qu'il avait même de la fièvre. Comme nous le disions à propos de la sclérose en plaques, il est vraisemblable qu'un bon nombre de ces états fébriles correspondent à des *infections innominées*, et devraient ainsi entrer en ligne de compte dans notre relevé.

C'est spécialement lorsque l'on considère ces symptômes généraux et la coïncidence avec les maladies infectieuses que l'on est frappé par les analogies profondes qui existent entre l'hémiplégie cérébrale infantile et *la paralysie spinale infantile ;* dans l'une et l'autre en effet, il y a souvent des prodromes constitués par un malaise et un état fébrile plus ou moins marqués, le début des phénomènes nerveux est brusque, les troubles de la motilité sont d'abord plus généralisés qu'ils ne doivent l'être dans la suite, et, quoique la différence du siège des lésions évidemment amène dans l'une et l'autre de ces affections, des symptômes différents, il n'en est pas moins certain que, dans leur mode de production, celles-ci se comportent d'une façon tout à fait analogue et à ce point de vue, on ne peut s'empêcher de les comparer l'une à l'autre. Ce rapprochement (1) d'ailleurs, Strümpell n'a pas manqué de le faire, et pour l'accentuer encore, il a proposé d'appeler cette affection cérébrale *polio-encéphalite* de même qu'on donne le nom de *poliomyélite* à l'affection spinale.

Dans cet ordre d'idées, il nous faut signaler une observation des plus intéressantes, c'est celle de P.-J. Möbius (2).

(1) Dans notre travail avec E. Jendrassik nous avons aussi soutenu cette manière de voir, mais les autopsies que nous avions pratiquées alors et une autre depuis, nous font considérer au point de vue anatomique les choses tout autrement que Strumpell, notamment nous pouvons affirmer que dans un assez grand nombre de cas (d'après notre expérience personnelle 4 sur 5) il n'y a pas, contrairement à ce que dit cet auteur, de trace de porencéphalie, de plus l'hémiplégie infantile n'est pas due à une lésion pure et primitive de la substance grise, car le plus souvent la substance blanche est, elle aussi, intéressée soit en même temps, soit primitivement. Dans un grand nombre de cas l'affection étant, d'après nous, d'origine vasculaire les lésions peuvent se manifester sur les différents territoires dépendant des vaisseaux du cerveau, et ne se trouvent par conséquent pas limitées à la partie grise de l'écorce. cela ne constitue d'ailleurs pas une différence avec la paralysie spinale infantile, car celle-ci n'est pas non plus toujours, croyons-nous, une poliomyélite pure ; dans quelques autopsies on a vu la lésion intéresser en même temps la substance blanche de la moelle (Voir à ce sujet, Mœli, *Arch. f. Psych.* X).

Quant à l'influence de l'hérédité nous croyons qu'il faut lui faire une certaine part dans l'étiologie de l'hémiplégie infantile ; en effet les antécédents nerveux sont très nets dans plusieurs des observations de M. Bourneville et aussi dans les deux nôtres, mais nous pensons que dans la plupart des cas l'hérédité n'intervient que comme cause prédisposante, l'infection jouant au contraire le rôle de cause efficiente.

(2) P.-J. Möbius. — *Schmidt's Jahrb*, 1884, CCIV, 135.

Une petite fille de un an et demi fut, le 29 juin 1882, prise de fièvre (38,4), perte d'appétit, agitation, rotation des yeux ; son frère, âgé de trois ans, fut pris de la même manière le 30 juin 1882, fièvre (39,5), perte de l'appétit, somnolence. — Le 4 juillet, la mère baigna les deux enfants dans un endroit frais avec de l'eau à 22° R. Immédiatement après elle remarqua que la fille avait le bras gauche pendant sans mouvement. Bientôt on s'aperçut que le garçon ne se servait pas de son bras droit. Möbius constata le 7 juillet chez la fille une paralysie flasque du bras gauche avec conservation de la mobilité des doigts et une parésie de la jambe gauche ; chez le garçon, faible parésie du bras droit avec tension manifeste des muscles et exagération des réflexes tendineux du côté droit. L'état de la fille s'améliora dans la suite, mais il a persisté une paralysie atrophique du deltoïde et des fléchisseurs du bras. Chez le garçon, il s'est développé une hémiparésie spasmodique avec mouvements choréiformes de la main, sans aphasie.

On voit que cette observation apporte une démonstration clinique très complète de l'analogie qui existe entre l'*hémiplégie cérébrale infantile* et la *paralysie spinale infantile*. Le frère et la sœur sont pris en même temps de phénomènes généraux accompagnés de fièvre, chez la fille il se produit une paralysie spinale infantile, chez le garçon une hémiplégie cérébrale infantile. Après cela, nous pensons qu'il est inutile de rien ajouter (1) ; il suffit de laisser parler les faits et on n'en saurait guère trouver de plus probants.

CLINIQUE MÉDICALE

Sur un cas de pneumonie gauche avec éruption considérable d'herpès non critique sur la face ;

Par le Dr Bazile FÉRIS, professeur à l'Ecole de médecine navale de Brest.

L'intéressante observation publiée par le Dr Séglas, dans le numéro du 11 juillet 1885 du *Progrès médical* m'engage à faire connaître un cas qui peut en être rapproché et qui se trouve en ce moment dans mon service de l'hôpital maritime de Brest. L'herpès a pris, dans le fait que nous citons, un développement énorme à la face et n'a pas semblé néanmoins, ainsi que l'a établi M. Fernet, constituer un phénomène critique, c'est-à-dire que la défervescence et la diminution marquée des symptômes n'ont pas coïncidé avec l'éruption, mais se sont produites au contraire seulement trois jours après.

Le nommé M..., âgé de 19 ans, né à Landerneau (Finistère), matelot des Equipages de la Flotte, entre à l'hôpital, le 26 juin 1885, avec une température de 40°,1.

Il est malade depuis quatre jours ; il a éprouvé tout à coup à la suite d'un refroidissement, une violente douleur au côté gauche de la poitrine, avec céphalalgie et fièvre. La toux était d'abord fréquente ; il y a une expectoration abondante de crachats rouillés. Pas d'antécédents héréditaires ; pas d'antécédents morbides autres qu'un embarras gastrique fébrile, il y a un mois environ. Actuellement le malade ne tousse plus beaucoup.

Éruption herpétique. Depuis deux jours, M... présente une éruption très étendue d'herpès qui occupe les points suivants : 1° toute la paupière supérieure et toute la paupière inférieure

(1) Peut-être cependant ne serait-il pas superflu, et pour cause, de bien spécifier que tout en admettant la nature infectieuse de nombreux cas d'hémiplégie infantile nous ne prétendons nullement que celle-ci soit produite par un bacille spécial, puisqu'au contraire nous nous sommes attaché à montrer qu'elle peut prendre naissance dans les maladies infectieuses les plus diverses.

de l'œil gauche ; 2° sur la joue gauche un espace d'environ neuf centimètres carrés ; 3° le pavillon de l'oreille gauche à la partie supérieure et sur les faces interne et externe ; les vésicules s'étaient développées aussi dans l'intérieur du conduit auditif sur la muqueuse et avait rendu le malade sourd de cette oreille ; il faut noter que l'éruption s'était montrée en ce point dès le premier jour de la maladie, au dire du malade; 4° sur le cou, en arrière du menton, dans une étendue d'à peu près quatre centimètres de long et un de large ; 5° sur la joue droite, l'herpès occupe six centimètres carrés : 6° sur l'oreille droite aux faces externe et interne et surtout à la partie supérieure.

Signes physiques. Diminution des vibrations thoraciques à gauche. Submatité dans la fosse sus-épineuse gauche ; matité dans la fosse sous-épineuse et à la base du poumon du même côté. Souffle tubaire très fort, ayant son maximum d'intensité dans l'espace omo-vertébral correspondant ; râles sous-crépitants disséminés dans les deux tiers inférieurs du poumon gauche. A droite, on perçoit quelques râles humides très disséminés. Potion avec : tartre stibié 0 gr. 25; sirop diacode 30 gr. ; application de quatre ventouses scarifiées.

27 juin. Température, matin : 37°,9 ; pouls 108 ; soir, T. 39°,4. — Potion : Kermès 0 gr. 10, sirop diacode 30 gr. — Anorexie, pas de coliques, deux selles depuis ce matin. Dans ces trois derniers jours, il y a eu des sueurs abondantes.

28 juin. Les signes physiques sont à peu près les mêmes ; mais l'épanchement pleurétique a diminué ; on perçoit en outre quelques légers râles ronflants et sibilants des deux côtés de la poitrine. T. matin : 37°,4 ; soir : 37°,2.

29 juin. T. matin : 37°,4 ; soir : 37°,1.

30 juin. T. matin : 36°,8 ; soir : 37°,1.

1er juillet. T. matin : 36°,9 ; soir 37°,1.

2 juillet. T. matin : 36°,6 ; soir : 37°.

3 juillet. T. matin : 36°,6 soir : 36°,9. En arrière et à gauche, on constate, en dehors de l'omoplate et vers la partie inférieure une rétraction très peu marquée de la paroi ; il n'y a plus que de la submatité dans toute l'étendue du poumon ; un peu de rudesse de la respiration vers le milieu de l'espace omo-vertébral; râles sous-crépitants nombreux tout à fait à la base. L'état général est très satisfaisant. Le malade se plaint de douleurs dans l'oreille gauche et surtout de surdité par suite de l'éruption ; on fait des injections émollientes dans le conduit.

16 juillet. Il reste encore une légère submatité à la partie inférieure du poumon gauche ; le murmure respiratoire s'entend distinctement, les vibrations sont normales ; l'herpès a entièrement disparu. Etat général très satisfaisant.

Cette observation est remarquable par l'abondance de l'herpès, l'époque prématurée de son apparition et par ce fait qu'il est impossible de considérer l'éruption comme un phénomène critique. Ainsi voilà un herpès qui occupe une surface qu'on peut évaluer au moins à trente centimètres carrés, qui commençe à apparaitre dès le premier jour de la pneumonie sur une muqueuse (celle du conduit auditif), puis éclate le troisième jour avec intensité sans amener la chute des symptômes.

Comme dans les cas de Fernet et de Séglas, l'éruption a apparu avec la maladie; mais au début, elle s'est limitée pendant deux jours sur une muqueuse, de la même façon que chez la femme citée par Fernet, où la muqueuse atteinte a été celle de l'isthme du pharynx. Ce n'est que le troisième jour qu'elle s'étend sur la surface cutanée; c'est que les éruptions des muqueuses sont plus précoces que celles de la peau, ainsi que le fait remarquer Lasègue, et cela tient, je pense à ce que l'épiderme présente une épaisseur, une dureté et une résistance plus grandes que l'épithélium souple, humide et mince des muqueuses.

L'apparition de l'herpès cutané dès le troisième jour rentre dans la règle établie par Fernet lequel affirme qu'elle se produit deux ou trois jours après le frisson. Ce médecin distingué va même jusqu'à dire avec Parrot et Lagout que l'herpès facial et la pneumonie sont deux manifestations pathologiques, identiques, que la pneumonie franche est un herpès du poumon, et que cet herpès pulmonaire est sous la dépendance d'une lésion irritative du pneumogastrique. Malgré la grande autorité de ces auteurs, je ne suis pas parfaitement convaincu de cette identité de nature.

Mais il est certain que M. Fernet a eu l'honneur de redresser une erreur bien ancienne qui consistait à voir dans l'herpès facial un phénomène critique de la pneumonie. Dans le cas dont j'ai tracé l'histoire, l'éruption n'a pas amené de détente, puisque chez le malade le soir de son entrée à l'hôpital, alors que les vésicules couvraient sa face depuis deux jours, la température était encore de 40°,1, qu'elle montait encore le jour suivant à 39°,4 et que les signes physiques étaient ceux de la coagulation de l'exsudat sur une grande étendue du poumon malade. La défervescence n'a eu lieu que le sixième jour de la maladie, c'est-à-dire six jours après l'apparition de l'exanthème dans la muqueuse auriculaire, quatre jours après l'éruption de la face. Il est vrai de dire que le troisième jour de la maladie, le malade a accusé une amélioration, mais cela ne constitue pas une crise.

La crise, ici, se trouverait plutôt dans les sueurs, ce qui met encore mon observation en conformité avec celle de Fernet. Mais il faut remarquer que cette sécrétion sudorale, au lieu de n'apparaitre que le jour de la défervescence thermique, a duré trois jours et a cessé au moment où le thermomètre s'est définitivement abaissé. Dans un grand nombre de cas de pneumonie, on peut observer cette prolongation de la crise sudorale. Aussi, je ne crois pas qu'il faille toujours croire avec Hirtz que la chute de la température précède constamment la transpiration.

Je noterai en terminant que la pneumonie de cet homme était compliquée de pleurésie du même côté et d'un peu de bronchite généralisée ; l'épanchement a rapidement disparu ; et dans ce cas, il semble que ces affections surajoutées ont amené peu de modifications dans la marche naturelle de la pneumonie.

Cette observation sort de l'ordinaire par l'étendue de l'éruption, mais elle est dans la règle au point de vue de l'époque d'apparition de l'herpès et de son influence critique. Ce qui a causé si longtemps l'erreur dans laquelle on est tombé à ce sujet, c'est qu'on n'a pas toujours noté l'heure exacte de sa naissance et qu'on ne l'a souvent remarquée qu'au momnnt de sa pleine efflorescence de vésicules et de croûtes, quelques jours après son éclosion, par conséquent dans les environs de la défervescence.

De l'examen d'un certain nombre de cas de pneumonie, que j'ai étudiés à cet égard, depuis que mon attention a été appelée sur le remarquable travail de Fernet, je puis tirer les conclusions suivantes :

1° L'herpès facial dans la pneumonie n'est pas critique ; il se développe vers le milieu de la période pyrétique.

2° Les sueurs profuses sont critiques ; avec leur apparition coïncide exactement le début de la défervescence.

UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES. — *Universités.* Les Drs LEWSCHIN et WYSSOZKI, professeurs extraordinaires de chirurgie à la faculté de Kasan, et le Dr CHOMJAKOW, professeur extraordinaire de pathologie spéciale et de thérapeutique à la même faculté, sont nommés professeurs ordinaires.

PATHOLOGIE INTERNE

Recherches sur les causes de l'ataxie locomotrice progressive (1);

Par le Dr BELUGOU (de Lamalou), lauréat de l'Académie de Médecine.

Hérédité nerveuse. — Dans leur mémoire couronné par l'Académie de médecine, MM. Landouzy et Ballet se sont attachés à faire ressortir le rôle de l'hérédité nerveuse dans la genèse de l'ataxie locomotrice progressive. Déjà Trousseau avait indiqué plusieurs cas d'ataxie dans des familles où l'on trouvait l'hypochondrie, la monomanie, l'épilepsie. Friedreich avait cité l'exemple de quatre collatéraux ataxiques et Carré avait signalé une famille d'ataxiques dans laquelle la grand'mère, la mère et sept frères ou sœurs étaient ataxiques. Charcot, d'autre part, dans son enseignement de la Salpêtrière, a plus d'une fois montré l'importance étiologique de la prédisposition nerveuse héréditaire. Mais ce sont les lauréats du prix Civrieux qui ont particulièrement insisté sur l'importance de cette condition pathogénique, qu'ils considèrent comme prépondérante, en appuyant leur opinion sur une statistique de 138 cas (2).

Ces 138 cas se décomposent ainsi :

Cas incertains	61
Syphilis seule sûre	21
Hérédité nerveuse seule	28
Les deux combinées	7
Syphilis certaine, hérédité possible	3

soit en tout pour l'hérédité, 35 cas ; et pour la syphilis, 32 cas. Mais nous devons remarquer le grand nombre des cas signalés comme incertains, ce qui semble indiquer que toutes les observations ne présentaient pas le même degré d'exactitude et de précision. Nous devons aussi reprocher à cette statistique de ne tenir compte que des deux données étiologiques que les auteurs mettent en parallèle et pour ainsi dire, en concurrence : la syphilis et l'hérédité nerveuse. Pourquoi ne pas étudier l'influence d'autres diathèses à côté de la diathèse syphilitique ? Pourquoi ne pas comparer l'action des antécédents personnels à celle des antécédents héréditaires ? En acceptant purement et simplement les chiffres de MM. Landouzy et Ballet, à quoi se réduit cette influence de l'hérédité nerveuse qui joue, d'après eux, un rôle si *prépondérant* ? A 35 cas sur 138 : un peu moins du quart, tandis que les cas incertains sont taxés pour près de la moitié. Ce n'est certes pas quand une statistique laisse les 75 0/0 en dehors de l'action d'une cause, qu'elle donne le droit d'affirmer que cette cause joue le rôle prépondérant, et pour employer les expressions de MM. Landouzy et Ballet, qu'elle est la cause dominante, suffisante et peut-être nécessaire de la maladie de Duchenne. Adressons-nous maintenant à nos observations et commençons par déclarer que toute trace de prédisposition névropathique héréditaire a été recherchée chez tous nos malades avec le plus grand soin. Nous trouvons dans notre tableau *neuf* malades chez lesquels l'hérédité névropathique est très marquée et *quatre* où cette hérédité, tout en étant signalée, est considérée comme jouant un moindre rôle. C'est-à-dire qu'en se plaçant dans les proportions les plus favorables l'hérédité nerveuse a été notée 13 fois sur 32 cas, soit environ 40 0/0. Notre statistique est donc encore plus favorable à l'importance de cette cause que celle de MM. Landouzy et Ballet, et cependant nous nous garderons d'en faire dériver les mêmes conclusions.

C'est que, pour affirmer que l'hérédité nerveuse est la cause dominante de l'ataxie, il faudrait la trouver dans un nombre de cas plus considérable, et que pour affirmer qu'elle en est la cause suffisante, il serait nécessaire de prouver que, dans tous les cas où on a pu la signaler, c'est bien à la prédisposition nerveuse héréditaire seule qu'il faut rapporter la production de l'ataxie. Or, en analysant nos observations, nous découvrirons qu'il y a pour ainsi dire constamment coïncidence entre cette hérédité et d'autres phénomènes étiologiques importants. C'est ainsi que quatre fois le rhumatisme est signalé, cinq fois la syphilis, onze fois les excès vénériens et les abus fonctionnels exagérés. On peut même dire que c'est seulement dans trois cas (obs. 14, 29, 30) que la prééminence du rôle étiologique de l'hérédité apparaît nettement.

Nous ne saurions donc souscrire, dans leur entier, aux conclusions de MM. Landouzy et Ballet. Nous ne saurions dire avec eux que l'hérédité nerveuse joue le premier rôle, à plus forte raison un rôle nécessaire dans l'étiologie du tabes ; mais nous pouvons établir, sur nos observations, qu'étant donnée une prédisposition héréditaire aux troubles nerveux, une sorte d'aptitude congénitale, le système nerveux souffrira de certaines influences qui pourront produire ou aider à produire le tabes, et qui, chez d'autres sujets, indemnes de cette influence héréditaire, seraient insuffisantes à réaliser ces pernicieux effets.

Concluons que : 1° l'hérédité nerveuse a sa place marquée dans l'étiologie de l'ataxie locomotrice.

2° Cette place est à peu près d'une importance égale à celle que mérite d'occuper la syphilis.

3° L'action de l'hérédité nerveuse est surtout manifeste lorsque les ascendants ont été atteints d'une affection médullaire (obs. 2, 14, 29, 30).

Rhumatisme. — Les conclusions à peu près identiques que nous avons formulées sur l'influence étiologique de la syphilis et de l'hérédité nerveuse, nous pouvons encore les maintenir à propos de l'action du rhumatisme. Mes observations permettent d'attribuer à cette diathèse un rôle important dans la pathogénie de l'ataxie locomotrice. Elles révèlent en effet l'existence du rhumatisme dans les antécédents étiologiques dix-sept fois sur trente-deux malades, soit dans plus de la moitié des cas. Ce n'est pas là, comme on voit, une quantité négligeable et ce chiffre constitue une proportion plus forte que celle signalée pour les éléments étiologiques précédents. Cependant cette relation n'est indiquée ni dans les travaux de Fournier, ni dans ceux de Landouzy et Ballet. Le rhumatisme n'est pas même désigné dans leurs statistiques. Tant il est vrai que les hommes du plus grand talent et les savants les plus sincères, aveuglés par leur préoccupation exclusive, en arrivent à ne plus rien voir en dehors des arguments qui favorisent leur opinion personnelle. L'influence du rhumatisme dans l'ataxie a cependant été déjà signalée. J'ai eu maintes fois, a écrit Rosenthal, l'occasion de remonter jusqu'à l'origine rhumatismale de l'ataxie ; et, à l'appui, il démontre que, dans son service à l'hopital général de Vienne, le rhumatisme et le refroidissement figurent comme la cause la plus fréquente du tabes. Dans un grand nombre des observations qu'il a recueillies, l'ataxie remontait à Sadowa, où les troupes, échauffées par l'action, avaient dû pénétrer dans l'eau.

(1) Voir *Progrès médical*, n° 35.

(2) Landouzy et Ballet. Du rôle de l'hérédité nerveuse dans la genèse de l'ataxie locomotrice progressive. *Annales de la Société médico-psycologique.*

Chez un certain nombre de mes malades, les premiers symptômes tabétiques sont aussi survenus après la campagne 1870-71 et le rigoureux hiver qui l'a accompagnée. Il est vrai que l'action du froid est aggravée dans ces circonstances par celle des marches fatigantes, des privations, des impressions morales, etc. Mais on ne peut invoquer ces causes auxiliaires chez d'autres de nos malades, chasseurs forcenés, ingénieurs, charpentiers, chez lesquels les premiers symptômes de l'ataxie médullaire ont succédé à une série d'attaques rhumatismales. Ne sait-on pas, du reste, après les expériences de Femberg, que le refroidissement de la moelle chez les animaux peut provoquer une myélite. Mais laissons de côté le point de vue expérimental. En se renfermant dans l'étude des faits, dans l'observation des malades que nous avons examinés, on peut affirmer que la diathèse rhumatismale est un des éléments étiologiques dont la valeur ressort avec le plus de netteté. Il suffit de parcourir les indications succinctes des observations 8, 11, 12, 16, 18, 22, 24, 31 pour être édifié à cet égard et pour s'assurer que la relation de causalité entre le rhumatisme et le tabes revêt un caractère d'évidence et de sûreté au moins aussi appréciable que celle qui paraît exister entre cette même affection médullaire et la syphilis ou l'hérédité nerveuse. Les observations 8 et 18 sont particulièrement probantes. Dans le premier cas, c'est un rhumatisant sujet depuis longtemps à des manifestations arthritiques diverses, chez lesquels les douleurs fulgurantes, l'incoordination des mouvements, etc., se sont manifestés presque immédiatement après un bain de mer pris le corps en sueur. Le diagnostic est évident, m'écrivait un savant confrère, le Dr Grynfelt, et je désignerai cette affection sous le nom d'ataxie locomotrice de nature arthritique. Dans le second, les symptômes ataxiques observés et diagnostiqués par le Dr Privat, se sont déclarés chez un sujet issu de parents rhumatisants après une chute dans l'eau en plein mois de décembre. Dans aucun de ces deux exemples, ni syphilis, ni hérédité nerveuse, ni autre antécédent capable de jeter le doute sur la véritable cause à laquelle il convient d'attribuer l'origine du mal. Dans d'autres cas (obs. 18 et 19), nous avons pu constater une rechute sous l'action du froid ; dans d'autres encore, l'influence des variations atmosphériques sur les principaux signes (obs. 27, 15, 31). Signalons enfin les résultats particulièrement favorables des cures thermales de Lamalou sur la plupart des malades que nous venons de signaler : *naturam morborum curationes ostendunt*. N'avons-nous pas là toute une série d'exemples et d'arguments qui nous permettent d'affirmer que la diathèse rhumatismale doit occuper une place importante dans l'étiologie de l'ataxie locomotrice.

Abus fonctionnels. — On ne peut contester la place importante que les abus fonctionnels méritent d'occuper dans l'étiologie du tabes. Cette importance est particulièrement favorisée par les conditions sociales de notre époque. Si on songe à l'extrême fréquence de l'anémie dans les villes, à la débilité de la génération actuelle, aux nombreux exemples d'excitation précoce, d'abus et aussi de perversion des fonctions génitales, et en même temps aux fatigues et aux préoccupations innombrables qui usent la plupart des hommes dans la lutte pour l'existence, on s'expliquera dans une certaine mesure la fréquence relative de l'ataxie, autrefois presque une exception, et sa prédominance chez les hommes. Comment expliquer dès lors que les statistiques que nous avons citées ne tiennent aucun compte des abus fonctionnels ! Si au contraire, on analyse nos observations, on constatera que cet élément étiologique, sous une forme ou sous une autre, a paru mériter une mention plus ou moins importante, et jouer un rôle petit ou grand, accessoire ou principal chez tous les malades observés, sans exception.

Parmi les abus fonctionnels, le premier rang en ce qui concerne l'étiologie du tabes, appartient sans conteste aux excès génésiques. Sans qu'il soit besoin de remonter à Hippocrate qui attribuait la *φθισις ιχιαδίκη τωτιας* aux excès vénériens, et de fatiguer le lecteur par une série fastidieuse de citations, on peut établir que cette influence est généralement et légitimement admise.

Les excès génésiques sont signalés d'une manière particulière dans 21 cas sur 32 observations, et, sur ces 21 cas, 16 fois ces excès ont dépassé toute proportion et paraissent nettement avoir eu une influence marquée sur l'origine de l'affection médullaire.

Au point de vue de l'affirmation de cette dépendance pathogénique, l'observation 10 mérite d'être signalée puisque les antécédents ne font mention, ni de syphilis ni d'hérédité nerveuse, ni de rhumatisme, et qu'on ne peut véritablement attribuer qu'aux excès vénériens la production de la maladie de Duchenne.

Parmi les abus vénériens, le plus funeste, le plus apte à provoquer l'apparition de la sclérose postérieure, c'est l'onanisme. J'ai pu souvent, dans ma clientèle, poursuivre la pernicieuse influence de l'onanisme sur les fonctions médullaires. Dans la médecine thermale les aveux sont plus facilement provoqués et on confie volontiers au docteur qu'on ne verra plus, les secrets d'alcôve qu'on n'ose souvent révéler au médecin de la famille. J'ai pu arriver ainsi à découvrir neuf fois l'onanisme dans mes observations, et certes, je n'oserai me vanter d'en avoir suscité l'aveu chez tous les coupables.

Le coït debout a été signalé par certains auteurs (Olivier d'Angers, Duriau, Bourbon, Sélignac) comme prédisposant d'une manière spéciale aux affections de la moelle et particulièrement à l'ataxie locomotrice. Il semble en effet que dans cette position anormale, la contraction musculaire forcée doit singulièrement favoriser la congestion rachidienne. Nous n'avons, pour notre part, pu noter que chez trois ataxiques, la fréquence de l'acte sexuel dans l'attitude verticale. Encore est-il difficile de décider si c'est à la position dans laquelle il était consommé ou à sa répétition abusive, qu'il convient d'en rapporter plus spécialement les suites funestes. Les excès génésiques, quelle que soit leur nature, entraînent souvent, comme conséquence, la spermatorrhée. Les pertes séminales, à leur tour, ont pour effet d'aggraver l'affaiblissement de l'organisme, de déprimer le système nerveux, et partant de préparer ou de favoriser l'évolution du mal. Chez cinq des malades dont j'ai dû signaler les excès vénériens, la spermatorrhée a paru jouer un rôle assez important dans l'étiologie du tabes.

Dans cinq cas aussi, l'abus du tabac peut être incriminé comme ayant favorisé l'évolution de l'ataxie locomotrice. Il est difficile de déterminer exactement pour tous les cas dans quelle mesure cette action s'est manifestée. A notre avis, elle doit toujours être considérée comme accessoire. Mais elle ne doit pas être passée sous silence. Pour être secondaires, les effets de l'abus du tabac n'en sont pas moins réels. Le malade de l'observation 22, qui n'avait jamais trouvé de « fumeur plus fort que lui » constitue à cet égard un exemple non douteux.

Nous avons déjà indiqué qu'on pouvait souvent trouver l'origine d'une tendance caractéristique aux affections du système nerveux et spécialement à l'ataxie locomotrice dans les causes intimes inhérentes aux conditions sociales de notre époque et aux travaux, aux préoccupations et aux déceptions dont le *struggle for life* rend tributaires la plupart des hommes. Sept des exemples précédents sont la preuve indiscutable de cette assertion ; mais les observations 26 et 27 attestent d'une manière particulièrement saisissante l'importance du rôle que peuvent jouer, chez certaines individualités, les fatigues morales, les excès de travail, en un mot les soucis de la lutte pour l'existence. On remarquera dans ces deux cas, la coïncidence de l'hérédité nerveuse et de ces abus fonctionnels, et on s'expliquera fort bien que l'ataxie soit la conséquence d'un pareil *surmenage* nerveux, dans des familles héréditairement prédisposées aux affections médullaires.

C'est du reste de la même manière que l'étude attentive de nos observations nous amène à concevoir l'action des excès fonctionnels en général dans la genèse de l'ataxie : action accessoire, mais presque constante.

Chez un individu prédisposé, soit héréditairement, soit par l'effet d'une diathèse quelconque et notamment de la syphilis ou du rhumatisme, les excès qui surmènent et les fatigues qui usent d'une façon spéciale le système nerveux, doivent être considérés comme la cause occasionnelle la plus importante de l'apparition du tabes dorsal.

Il convient maintenant de formuler les conclusions qui ressortent de cette étude.

1° Aucune cause ne peut être invoquée comme ayant le monopole exclusif de l'ataxie locomotrice ou comme étant un élément nécessaire de sa production.

2° Les éléments étiologiques qui semblent avoir la plus grande importance dans la genèse de la maladie sont : la syphilis, l'hérédité nerveuse, le rhumatisme et les abus fonctionnels.

3° Dans presque tous les cas, à côté des autres circonstances étiologiques, les excès fonctionnels et le surmenage nerveux jouent le rôle de cause accessoire et contribuent d'une manière plus ou moins marquée, à l'évolution du mal.

4° Voici comment peut être formulée, dans la grande majorité des cas, l'étiologie du tabes : Chez un individu en puissance de tempérament nerveux, soit héréditaire, soit produit par des abus fonctionnels, soit presque toujours le premier exagéré par les seconds, une cause occasionnelle, accident, refroidissement ou, à peu près constamment, la localisation d'une des deux diathèses syphilitique ou rhumatismale, telle est l'origine de l'ataxie locomotrice progressive.

Cette opinion, qui fait la part de tout, semblera peut-être à quelques-uns manquer de netteté et de décision. Mais c'est aux faits qu'il faut reprocher cet éclectisme.

ECOLE DE PHARMACIE DE PARIS. — Sont maintenus, pour l'année scolaire 1885-1886, dans les fonctions de maitres de conférences à l'École supérieure de pharmacie de Paris : MM. LEIDIÉ, licencié ès sciences, pharmacien de 1re classe, travaux pratiques de chimie élémentaire et de pharmacie ; HÉRAIL, licencié ès sciences, pharmacien de 1re classe, botanique micrographique.

ECOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE. — M. GIRARD, professeur de clinique médicale à l'École de plein exercice de médecine et pharmacie de Marseille, est admis, sur sa demande et pour cause d'ancienneté d'age et de services, à faire valoir ses droits à une pension de retraite à partir du 1er novembre 1885.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

A propos des derniers travaux sur le choléra en Espagne et en France.

La question du choléra préoccupe naturellement un grand nombre de médecins ; mais si en France elle a pu donner naissance à des communications neuves et soigneusement étudiées, telle que celle de M. le professeur Bouchard, que nous analyserons plus loin ; en Espagne, sauf les travaux de M. Ferran, tout se réduit à une polémique des plus vives entre les partisans et les détracteurs du vaccinateur espagnol.

A Barcelone on sait la longue discussion de l'Académie de médecine ; on se souvient de la commission qu'elle avait nommée et de son rapport louangeux (1). L'Académie de médecine de Valence, après discussion contradictoire, a nommé Ferran membre correspondant. L'Institut *medico-valenciano* a consacré bien des séances à entendre maints discours pour et contre M. Ferran (2). A l'Athénée de Madrid, la discussion a été vive, cinq ou six orateurs y ont pris part ; elle a durée six ou sept jours. Le Dr Gimeno a chaleureusement pris la défense de son ami Ferran contre toutes les attaques dont il est l'objet. Des conférences multiples ont été faites sur le choléra, nous citerons celles du professeur Comengo à l'Académie médico-chirurgicale de Madrid et du Dr Moreno ; celles des professeurs don Pedro Angel Osuna et don Cristobal Garcia, à Cordoue, etc. (3). Elles ne sont d'ailleurs que l'exposé de la question au point de vue microbiologique et le récit ultra-louangeux des recherches de M. Ferran auxquelles les orateurs donnent naturellement une couleur exclusivement scientifique et humanitaire, à tel point que pour eux Ferran est un des premiers microbiologistes du monde, mais qui a bien des ennemis. Mais « tous les grands génies ont rencontré d'immenses obstacles à la réalisation des grandes inventions ou des grandes découvertes dont ils étaient les auteurs. L'histoire raconte ce qui est advenu à Colomb, à Galilée, à Jenner et à tant d'autres savants qui font aujourd'hui l'admiration du monde (4). » Après cette tirade, il n'y a rien à ajouter. Inversement Ferran fut très vivement attaqué par d'autres orateurs ; ainsi à la Société Espagnole d'Hygiène, tandis que Gimeno et Pulido prenaient sa défense, le Dr Sierra y Carbo a prononcé contre lui un très vif discours sur les conclusions duquel nous aurons à revenir. Des commissions médicales furent envoyées à Valence par les municipalités de beaucoup de grandes villes d'Espagne, telles qu'Alicante, Malaga, Séville, Saragosse, Cordoue, etc., et toutes se prononcèrent en faveur du procédé de vaccination de Ferran.

Le gouvernement espagnol ne pouvait pas se désintéresser de la question. On sait les démêlés de Ferran avec le gouvernement, les discours à la Chambre et au Sénat pour et contre lui, les interdictions qui lui ont

---

(1) Voir *Prog. méd.*, n° 24, 13 juin 1885, p. 484.
(2) V. *Enciclopedia medico farmac.*, Barcelone, 20 août 1885.
(3) *El colera en Valencia y la vacunacion anticolerica*, por los profesores don Pedro Angel Osuna y Don Cristobal Garcia. Cordova. — Imprenta del Diario, 1885.
(4) *Loc. cit.*, p. 66.

été faites, puis rapportées; l'autorisation qui a été donnée aux troupes par le ministère de la guerre de se faire vacciner par la méthode de Ferran; et même la vaccination des marins de l'État et des troupes résidant à Valence et à Carthagène par ordre du ministre de la marine sur le rapport du Dr Cabello. On se souvient aussi qu'une commission avait été nommée par ordonnance royale le 27 mai 1885. Elle avait déposé son rapport le 23 juin et l'Académie de médecine de Madrid avait été priée de donner son avis, ce qu'elle fit dans une déclaration publiée le 21 juillet (1),

Les conclusions de la commission ont été légèrement modifiées par l'Académie. Elles peuvent se résumer en ceci : 1° l'épidémie qui sévit en Espagne est bien le choléra en foyers disséminés; 2° la maladie est transmissible d'un lieu infecté à un lieu sain; 3° Le liquide de culture de M. Ferran contient des virgules, ainsi que l'a montré l'examen microscopique. L'Académie ne peut refuser d'accepter ce qu'avance la commission, puisque c'est un fait d'observation, mais elle ajoute qu'il existe de grandes différences entre les divers bouillons de culture quant au nombre des bacilles qu'ils contiennent et que ce fait doit avoir une influence notable sur la force qu'on peut leur attribuer. 4° Le texte de la commission était « que les inoculations sont inoffensives pour la santé publique, car les accidents, aussi bien locaux que généraux qu'elles produisent, sont légers et disparaissent en 48 heures, » L'Académie fit des restrictions sur ce point « parce que si le procédé du Dr Ferran produit un choléra artificiel, on ne peut nier la possibilité de contagion afférente à tout cas de choléra et ensuite parce que, dans des circonstances déterminées, par suite d'idiosyncrasies individuelles ou de décomposition des liquides employés ou pour d'autres motifs, il ne serait pas impossible que l'expérience causât un certain dommage aux individus. » On ne pourra se prononcer qu'après une longue expérience ultérieure sur laquelle il y aura lieu d'exercer une rigoureuse surveillance. 5° Les statistiques fournies par les vaccinateurs semblent favorables, mais l'Académie « n'ayant aucune statistique digne de foi et n'en trouvant pas dans le rapport de la commission ne peut qu'insister pour en obtenir d'officielles aussi exactes que possible. » 6° L'Académie, dans l'état actuel de la question, ne voit pas de motif légal, ni d'exigence tenant à la santé publique, qui permette d'interdire au Dr Ferran la pratique de ses vaccinations sous son entière responsabilité. Mais il faut prévenir le public et les autorités des doutes que la science conserve sur les principes et les résultats de cette méthode prophylactique au sujet de laquelle il faudrait prendre des mesures appropriées, dans le cas où il serait constaté qu'il y a dans son emploi un danger pour la santé publique. Enfin 7° tandis que la commission affirme que M. Ferran est un homme de science et de bonne foi, digne de la protection du gouvernement et de la gratitude de l'humanité, l'Académie déclare sans hésitation que le gouvernement ne saurait ni protéger ni recommander le procédé du Dr Ferran parce qu'il ne repose pas sur des bases scientifiques solides et que les résultats bienfaisants qu'on lui attribue ne sont pas encore suffisamment démontrés.—A la suite de ce rapport, le gouvernement espagnol nomma à la fin de juillet une seconde commission chargée d'examiner et de suivre les nouvelles vaccinations de Ferran et d'établir une statistique rigoureuse des résultats obtenus. Les expériences devaient être faites d'abord sur la population de Don Benito par Ferran lui-même, surveillé par la commission.

En somme, les conclusions de l'Académie de Madrid sont fort sages et parfaitement exactes; les doctrines de M. Ferran sont en effet basées sur des hypothèses qui n'ont jamais été complètement démontrées et de plus, elles présentent une variabilité qu'on ne saurait trop sévèrement caractériser, si l'on songe que depuis plusieurs mois de très nombreuses applications en ont été faites à l'homme. L'idée première de la vaccination anticholérique que nous voyons résumée en une courte note de Ferran datée de Tortosa, 16 juillet 1884 (1), est déduite d'une série de considérations que l'auteur lui-même déclare n'être que des suppositions, et qui ont d'ailleurs pour base la théorie de Koch sur le choléra. Il admet que le choléra est dû à un microbe, qu'il confère l'immunité après une première atteinte, que les effets des microbes virulents, comme ceux des vaccins, tiennent *uniquement* et *exclusivement* à leurs produits de dénutrition : diastases, ptomaïnes, glucosides, etc.; enfin, qu'en se servant exclusivement de ces produits, on pourrait obtenir avec eux tous les effets de la vaccine ou du virus, en faisant simplement varier la dose. Il considère que cette dernière interprétation peut être déduite d'expériences qui consistent à filtrer les cultures du microbe du choléra des poules sur un filtre de porcelaine, de les inoculer à des poules dont les unes meurent, tandis que les autres sont vaccinées contre l'injection de microbes dont la virulence est mortelle dans un assez grand nombre de cas. Des cultures de charbon bactéridien se comporteraient de même, après traitement analogue, pour les cochons d'Inde. Enfin le mode de vaccination contre le charbon symptomatique signalé par Arloing, Cornevin et Thomas, qui consiste à injecter dans les veines la culture de la bactérie charbonneuse au lieu de la déposer dans le tissu cellulaire, lui semble encore une preuve à l'appui de la théorie de l'action diastasique des microbes en général, et en particulier du microbe cholérique.—En somme, ce sont là des hypothèses vulgaires qui étaient courantes parmi les personnes qui s'occupaient de microbiologie, et pourtant les adeptes de Ferran considèrent leur énonciation comme un trait de génie; on voit qu'ils se contentent de peu. Tel a été le point de départ de Ferran; on connaît les évolutions ultérieures de ses doctrines : au point de vue de la vaccination, nous le voyons employer d'abord sur les cobayes un vaccin, c'est-à-dire une culture atténuée par un procédé qui, d'après certains de ses contradicteurs, aurait été l'élévation de température capable de tuer le microbe ou même l'ébullition (2).

(1) V. On peut lire le texte complet de ces deux rapports dans *Correo medico Castellano*, n° 27, 12 août 1885. Salamanque.

(1) *Teoria sobre la profilaxis del colera morbo asiatico*, par Jaime Ferran, *Tendu*, Tortosa, 16 juillet 1884.

(2) V. *La Inoculacion anticolerica*, del Dr Ferran. —*Discours*

Ensuite, après les quelques étranges et plus que rudimentaires essais dont nous avons parlé jadis et qui furent tentés sur des cobayes, il appliqua immédiatement le procédé à l'homme lui-même. Un peu plus tard, il affirme que son vaccin n'est autre qu'une culture à virulence maxima du coma bacille (1). Enfin, en dernier lieu (2), il prétend arriver aux mêmes résultats avec une culture morte. « Si, dit-il, après s'être assuré de la mort d'une culture en constatant que réensemencée, elle ne donne lieu à aucune nouvelle culture, on en injecte à un lot de cobayes 2 à 8 cent. cubes, ces animaux tombent malades en présentant les symptômes décrits dans ma première note. Si après leur rétablissement, on leur injecte une dose de culture vivante capable de tuer des animaux analogues et de la même taille, ils la supportent sans succomber, tandis que des animaux semblables, non inoculés au préalable avec la culture morte, périssent sous l'action de la culture vivante. » Nous ne parlerons pas des variations de Ferran sur la question morphologique de son fameux peronospora ; on l'a vu tour à tour affirmer la singulière évolution que l'on connaît, puis la modifier en la simplifiant, puis y revenir en y ajoutant quelques nouveaux détails. C'est ainsi que nous trouvons dans el *Genio medico-quirurgico* (3) des extraits d'une lettre qu'il a adressée à son ami et ardent défenseur, le Dr Gimeno. Nous y voyons que « le bacille virgule extrait des déjections cholériques, par le procédé de Koch et semé dans un milieu très nutritif, avec une bonne aération, forme à la surface du liquide un *micoderma* constitué d'abord par des virgules, puis plus tard par un mycelium rameux entrelacé » qui donne naissance à des tubes où se produisent une série moniliforme de spores qui, cultivées dans un milieu approprié, évoluent en corps mûriformes, comme il l'a indiqué jadis. Tout cela suivant une évolution qu'un botaniste absolument compétent, le Dr Guichard, professeur de botanique à la Faculté de médecine de Lyon, a déclaré être en contradiction formelle avec tout ce que l'on sait de l'évolution des schizomycètes et des champignons d'ordre plus élevé (4). Quant à la technique microscopique, on se souvient du dédain superbe, du mépris de M. Ferran pour les matières colorantes, pour les préparations sèches (5) ; aussi n'est-ce pas sans une surprise, à laquelle on est d'ailleurs habitué quand on suit les travaux du vaccinateur espagnol, qu'on peut voir, signalé par un de ses défenseurs, le procédé de coloration avec la solution de violet dans l'eau d'aniline et l'examen après montage dans le baume que M. Ferran conseillerait actuellement (6).

prononcé à la Société espagnole d'hygiène, par le Dr Sierra y Carbo le 1er août 1885. — Madrid, imprenta de Enrique Teodoro, 1885.

(1) *Comptes rendus de l'Acad. des sciences*, 12 juillet 1885.

(2) Id. *Séance* du 3 août, et *Correo medico castellano*, Salamanca, 12 août 1885, p 471.

(3) Madrid, 22 août 1885, p 160.

(4) V. *Note* du Dr Guignard dans le Rapport de Brouardel, Charrin et Albarran.

(5) Voir par exemple sa réponse à notre premier article dans *El Siglo medico* du 5 juillet 1885 et *Progrès médical*, 25 juillet 1885.

(6) V. *El. colera en Valencia y la Vaccinacion anti-colerica conferencias*, por los profesores don Pedro Angel Osura y don Cristobal Garcia, *loc. cit.*, p. 15.

Quant aux statistiques il est inutile d'y insister. Les partisans de Ferran en publient de remarquables ; voici quelques chiffres : (1) : à Albérique, 6,000 habitants, 1,000 inoculés, — Du 6 mai au 23 juin : *non inoculés* : atteints. 171 ; morts, 71 ; guéris, 79 ; en traitement, 21. — *Inoculés :* atteints, 8 ; guéris, 6 ; morts, 2. — A Alcira, 16,000 habitants (chiffre officiel, au lieu de 22,000, chiffre qu'a avoué M. Ferran lui-même), 10,000 vaccinés et 5,000 revaccinés. — Du 1er au 25 juin : *Non vaccinés* : atteints, 92 ; morts, 53. — *Vaccinés :* atteints, 13 ; morts, 3. — *Revaccinés* : atteints; 13 ; mort, 1. Mais en revanche, les médecins espagnols qui combattent la théorie nouvelle donnent au sujet de ces statistiques des renseignements bien curieux. C'est ainsi que le Dr Sierra y Carbo (2) montre que les statistiques publiées par Ferran dans son « Primera hoja de testimonios y documentos » sont incomplètes et peu rigoureuses. A Alginet, par exemple, on indique avec grand soin les maladies antérieures dont souffraient deux des sujets inoculés qui moururent, mais on se garde bien de faire la même observation pour les non inoculés, morts également du choléra. A Cheste, il n'est parlé que des inoculés, les non inoculés morts sont passés sous silence. Pour Benifayo on voit réunis dans la colonne des non vaccinés, tous les décès survenus du 11 mai au 27 juin, alors que pas une seule vaccination n'avait été faite avant le 24 juin, tandis que la colonne des vaccinés, que l'on compare à celle des non vaccinés, ne peut compter qu'une observation de 3 jours, etc. Ces quelques faits montrent avec quelle réserve il faut accueillir les statistiques de M. Ferran.

D'autre part, le Dr Sierra y Carbo, après avoir discuté toute la théorie de Ferran sur la vaccination, après avoir montré combien, dans son premier travail et depuis, il s'était trompé dans son interprétation de la formule de Duclaux sur l'action des diastases, en laissant complètement dans l'oubli un des termes de la formule, celui qui représente l'action de l'unité de diastase dans l'unité de temps, conclut ainsi : le système de Ferran ne repose que sur des hypothèses. Même en se plaçant sur le terrain de ces suppositions, il n'est pas possible d'attribuer à la vitalité des microbes les phénomènes qui suivent l'inoculation, puisque M. Ferran prétend les obtenir également avec du bouillon ne contenant que des organismes morts. Et, soit dit en passant, si l'on veut faire actuellement une vaccination, il faut injecter un microbe vivant atténué artificiellement, ou bien l'introduire dans un tissu où il ne peut se développer facilement, à moins de sortir absolument du domaine scientifique des faits acquis et de se lancer dans l'inconnu et l'hypothétique ; mais, après tout, Ferran n'a jamais procédé autrement ; il ne change pas de méthode. Bien plus, ajoute le Dr Sierra y Carbo, la diastase se détruisant à 100°, ce ne peut être par une action diastasique qu'agissent les bouillons de Ferran soumis à l'ébullition. Mais comme l'inoculation des bouillons filtrés ne produit plus d'effets, on ne peut admettre non

(1) Ibid., p. 58.

(2) *Loc. cit.*, p. 20.

plus que les ptomaïnes soient les agents vaccinaux actifs, puisqu'elles auraient dû subsister dans le bouillon après filtration. Enfin ce ne sont pas non plus les microbes morts qui peuvent avoir une action, car ce rôle n'a jamais été péremptoirement démontré, pas même pour certains microbes pyogènes, ainsi que le prétend Ferran dans sa dernière note à l'Académie des sciences (1). Enfin, Sierra y Carbo conclut en faisant remarquer que les vibrions septiques résistent à l'ébullition, qu'ils ne traversent pas un filtre de porcelaine, enfin qu'en les inoculant on peut observer un ensemble de symptômes absolument semblables à ceux qu'on obtient par la vaccination de Ferran et ne ressemblent en rien à ce que présente le choléra vrai, aussi n'hésite-t-il pas à affirmer « que M. Ferran ne détermine pas avec ses bouillons un choléra atténué, mais une vraie septicémie. » C'est précisément l'interprétation que nous avons donnée jadis des expériences de Ferran (2). Mais il y a plus : si l'on en croit MM. Gibier et Van Ermengem (3), les cultures mêmes de M. Ferran ne confèrent aucune immunité aux cobayes ainsi qu'il le prétend. Ces observateurs ont injecté à vingt animaux sous la peau 2^{cc} des cultures non atténuées de bacille virgule, provenant du laboratoire de M. Ferran. Quatre moururent des suites de l'injection, les autres présentèrent localement, pendant trois ou quatre jours, un empâtement considérable qui disparut graduellement. Trois semaines après, on leur injecta soit dans l'estomac, suivant la méthode de Koch, soit directement dans le duodénum, du liquide de culture et tous moururent avec les symptômes cliniques et anatomiques du choléra ; leur intestin renfermant une énorme quantité de bacilles virgules. Ainsi donc « 2^{cc} en injection hypodermique chez un cobaye équivaut, relativement au poids, à une quantité qui ne serait guère inférieure à 500^{cc} de liquide virulent pour un homme de poids moyen. Malgré cela, l'immunité conférée par cette inoculation est nulle pour le cobaye, animal qui prend difficilement le choléra ; n'a-t-on pas le droit de conclure que, chez l'homme, il doit en être de même ? »

On a vu où en est actuellement la question de la vaccination en Espagne et ce que valent les recherches tant primitives qu'actuelles de M. Ferran, aussi n'est-ce pas sans étonnement qu'on lit la communication de M. Chauveau (4) au Congrès de l'Association française à Grenoble, communication purement théorique d'ailleurs, sans expériences à l'appui, dans laquelle il se fait le défenseur de la théorie de la vaccination que personne ne songe à attaquer et prend la défense de Ferran, comme s'il n'y avait pas lieu au contraire de bien distinguer d'une part entre une méthode absolument scientifique, dont le déterminisme est minutieusement établi et que nul savant français n'a pourtant encore osé employer sur l'homme et d'autre part une théorie, purement hypothétique, sans bases rigoureusement établies et néanmoins déjà appliquée à un nombre considérable d'êtres humains, dans un but qui n'est probablement pas exclusivement scientifique. Dans la même séance, M. le professeur Bouchard a communiqué le résultat d'expériences nombreuses pratiquées depuis longtemps déjà, les unes cliniques, les autres de laboratoire. Tout d'abord M. Bouchard a admis, comme hypothèse de recherche, la théorie de Koch, à savoir que le choléra est dû au bacille virgule, que celui-ci habite exclusivement l'intestin, qu'il agit au moyen d'une matière vénéneuse qu'il secrète. De ce fait, il a déduit une thérapeutique pathogénique et a soumis ses cholériques au procédé de désinfection intestinale qu'il emploie par exemple dans la fièvre typhoïde avec plein succès. Chaque cholérique prit quotidiennement un gramme d'iodoforme et cinq grammes de naphtaline intimement mélangés à 100 grammes de charbon. Or ce traitement, contrairement à ce qui a lieu dans d'autres infections intestinales, a été complètement inefficace. La mortalité a été de 66 0/0 ; dans les services hospitaliers analogues, elle a varié durant la même épidémie, de 50 à 75 0/0. Des récidives se sont présentées chez quelques malades soumis au traitement, bien plus deux typhiques, chez qui était pratiquée scrupuleusement, par les mêmes moyens, l'antisepsie intestinale, prirent le choléra. Et pourtant une expérience de Chantemesse démontra qu'une minime quantité du mélange antiseptique, ajoutée à un milieu de culture, empêche complètement le développement du bacille virgule qu'on y a ensemencé. Donc, conclut M. Bouchard, le bacille virgule n'est pas l'agent pathogène du choléra ou il n'habite pas exclusivement la cavité intestinale. Bien plus, ajoute l'auteur, le bacille virgule ne sécrète pas le poison cholérique, car on peut injecter dans les veines à des lapins, jusqu'à 97 centim. cubes d'une culture pure, liquide et microbes compris, ce qui équivaudrait pour un homme, à trois litres et quart de culture de bacille virgule, injectés dans les veines. Or, il n'y a pas d'intoxication, les animaux ne meurent que le lendemain par suite d'encombrement de leurs tissus par les bacilles virgules. Si, en effet, on chauffe seulement à 50° la culture, on peut l'injecter sans aucun inconvénient, sauf un léger degré d'albuminurie transitoire, telle qu'on l'obtient par l'inoculation du bouillon ordinaire stérilisé. N'y a-t-il donc pas de poison cholérique ? Voici comment M. Bouchard répond à cette question. Depuis trois ans, il étudie la toxicité des urines normales et des urines pathologiques, en pratiquant l'injection intra-veineuse de ces urines chez le lapin. Cette recherche, il l'a faite pour le choléra et il a pu constater que l'urine cholérique jouit d'une toxicité qui lui est commune avec les urines normales et la plupart des urines morbides, et qui se caractérise par la contraction pupillaire, l'hypothermie, des troubles respiratoires, la faiblesse musculaire, la diurèse, la narcose puis la mort. Elle a de plus une toxicité spéciale se manifestant par de la cyanose, parfois des crampes sous forme de contractions longues et lentes, une hypothermie extrême pouvant se continuer jusqu'à la mort (34° et même 33° dans le rectum) ; l'albuminurie intense, persistante, puis l'anurie ; enfin une diarrhée qui, souvent apparaît immédiatement, se prolonge pendant un ou deux jours et plus, jusqu'à la

(1) *Correo medico castellano, loc. cit.*, p. 473.
(2) *Loc. cit., Progrès médical*, 13 juin 1885.
(3) *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, séance du 17 août 1885, p. 470.
(4) Séance du 12 août 1885. V. *Semaine médicale*, n° 34, 1885. p. 279.

mort et qui a absolument l'aspect et la constitution des selles cholériques, mais dans laquelle il n'y a pas de bacille virgule. La mort survient après un temps qui varie entre 12 heures et 4 jours. Tels sont les symptômes que produit le poison cholérique injecté chez le lapin, qui présente alors les phénomènes de l'intoxication cholérique, sans avoir le choléra. On peut donc dire que le microbe pathogène du choléra, quel qu'il soit, produit ou incite l'organisme humain à produire un poison morbide (le poison cholérique). A cette intoxication spéciale s'ajoute une autre intoxication par poison normal (poison urémique), qui se traduit par du myosis. L'agent pathogène du choléra ne peut pas habiter exclusivement la cavité intestinale. Enfin, le bacille virgule n'est pas l'agent producteur du poison cholérique. On le voit, la communication de M. Bouchard, basée sur des faits nombreux, nouveaux et bien observés, présente un grand intérêt en ce qu'elle envisage la question sous un jour tout nouveau. Elle soulève aussi de graves problèmes dont la solution élucidera grandement cette question si complexe du choléra.

Dans la séance du 24 août 1885 de l'Académie des sciences, M. G. Pouchet communiqua une note dans laquelle il affirma avoir constaté dans des bouillons de culture pure de bacille virgule, la présence, à l'état de traces il est vrai, d'un alcaloïde liquide paraissant identique à celui qu'il avait pu antérieurement extraire des déjections de cholériques.

Après ce rapide examen de la question du choléra en l'état actuel, au point de vue expérimental, examinons en quelques mots les communications faites sur la marche de l'épidémie en France.

Quelques cas de choléra s'étant manifestés dans le courant de juillet à Marseille, le ministre du Commerce se rendit dans cette ville le 2 août, accompagné de MM. Brouardel et Proust. Dans la séance du 11 août de l'Académie de médecine, M. Brouardel rendit compte de cette visite. Après avoir montré que le début de l'épidémie eut lieu le 26 juin par un cas resté unique jusqu'au 13 juillet, il signala la marche d'abord extrêmement lente de l'épidémie durant le reste du mois de juillet, puis son augmentation rapide à la fin du mois. Il insista particulièrement sur ce fait que depuis deux ou trois mois des troubles intestinaux, caractérisés par de la diarrhée, avaient été extrêmement nombreux à Marseille. Quant au mode d'importation il fut impossible de le découvrir. Les conditions sanitaires sont toujours déplorables dans bien des quartiers. Les immondices de tous genres, les matières fécales y sont jetés dans la rue; le Vieux-Port est toujours un vaste égout à ciel ouvert. Bien des mesures de désinfection ont été proposées en vain; une des causes importantes qui rendent impossible la désinfection des maisons insalubres, c'est l'insuffisance de la loi du 18 avril 1850, qui ne donne qu'un pouvoir illusoire à l'autorité et permet aux propriétaires de retarder indéfiniment par une série de moyens *légaux*, l'exécution des travaux de désinfection, reconnus nécessaires par les commissions d'hygiène. M. Brouardel attire tout spécialement l'attention de l'Académie sur ce point, en la priant d'émettre le vœu que la loi de 1850 soit réformée de manière à permettre, surtout en temps d'épidémie, une désinfection immédiate et complète des maisons reconnues insalubres et par suite dangereuses.

M. J. Guérin prend aussitôt la parole, heureux de voir M. Brouardel affirmer l'existence des troubles intestinaux, ayant précédé l'épidémie de deux ou trois mois. Il y voit la démonstration de la théorie qu'il soutient depuis si longtemps et il lui paraît évident que, puisque de plus on n'a pu découvrir le mode d'importation du choléra cette année à Marseille, c'est qu'il est né sur place, procédant directement du choléra sporadique, dont il n'est qu'une forme plus grave. C'est là, on le sait, la théorie favorite de M. J. Guérin, sur laquelle il avait également insisté dans la séance du 4 août de l'Académie de médecine, cherchant à établir que l'épidémie cholérique de Paris avait été précédée d'une constitution prémonitoire du choléra, se manifestant par un nombre beaucoup plus grand que dans les mois correspondants des autres années, d'affections diarrhéiques et surtout de décès par athrepsie, tout comme il l'avait observé pour Marseille et Toulon en 1884 et avait pu le constater tout dernièrement encore dans ces mêmes villes. Il n'y a pas lieu d'insister sur cette théorie qui repose en somme sur des observations parfois exactes, très souvent contestées mais toujours interprétées d'une façon absolument hypothétique qui rend toute discussion scientifique impossible puisqu'elle pèche par la base même. D'ailleurs la discussion générale va s'ouvrir à l'Académie de médecine sur le choléra; nous aurons donc ultérieurement l'occasion de revenir sur les différents points qui auront été traités à la tribune académique. L. CAPITAN.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 24 août 1885. — PRÉSIDENCE DE M. BOULEY.

MM. MAREY et DEMENY continuent leurs recherches sur la locomotion humaine: ils étudient aujourd'hui le *mécanisme du saut*, au moyen du photo-chronographe et du dynamographe. Ce n'est pas l'intensité absolue de l'effort qui influe sur la hauteur du saut, mais la quantité de mouvement; c'est-à-dire le produit des efforts par leur durée. On distingue les sauts en hauteur et les sauts en longueur, ceux qu'on exécute de pied ferme et ceux qui sont précédés d'une course. La photographie montre comment la vitesse horizontale acquise dans une course se combine avec la vitesse verticale imprimée au corps par le saut proprement dit pour donner au corps des impulsions variées suivant le but à atteindre. Elle montre également que la hauteur de l'obstacle franchi dans un saut ne correspond pas à celle dont s'est élevé le centre de gravité du corps au-dessus du sol, mais qu'elle dépend surtout de l'attitude des membres inférieurs au moment où l'on franchit l'obstacle.

M. THOLOZAN adresse, au sujet de l'*insuffisance prophylactique des quarantaines*, une note que nous avons analysée dans notre dernier numéro (C. R. Acad. de médecine).

M. KOUBASSOF poursuit ses recherches sur le *passage des microbes pathogènes de la mère au fœtus et dans le lait.* Le lait qui renferme des microbes pathogènes n'est pas contagieux pour les petits qui s'en nourrissent. Cela dépend sans doute de l'intégrité des muqueuses stomacale et intestinale. Pour expliquer le passage de la mère au

fœtus, M. Koubassof croit à l'existence de communications directes entre les vaisseaux do l'un et de l'autre.

M. Gabriel POUCHET rappelle qu'il a trouvé *dans les déjections de cholériques une substance alcaloïdique* très altérable et se comportant comme un poison violent à l'égard de l'homme et des animaux. A l'instigation de M. le professeur Brouardel, il a analysé des bouillons de culture pure du microbe de Koch et il a pu y constater la présence, à l'état de traces, d'un alcaloïde liquide dont les caractères extérieurs paraissent identiques à ceux de la substance isolée des déjections de cholériques. Ce serait là une preuve indirecte que le microbe de Koch est bien l'agent pathogène du choléra.

M. ARLOING communique les résultats de ses expériences sur l'*influence du soleil dans la végétabilité des spores du bacillus anthracis.* Cette végétabilité est supprimée après une exposition de deux heures au soleil de juillet; cette action suspensive ou destructive n'appartient pas à quelques-uns seulement des rayons du spectre; elle est l'apanage de la lumière solaire complète et elle est en rapport avec son intensité.

MM. MAIRET, PILATTE et COMBEMALLE ont étudié l'influence de l'*iode et de l'azotate d'argent* sur les organismes supérieurs. La dose limite de tolérance est pour l'iode de 0 gr. 045 par kilogr. de l'animal. Pour l'azotate d'argent, la préparation de 0 gr. 002 est rapidement mortelle.

Paul LOYE.

CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES (1).

Session de Grenoble.

SECTION DES SCIENCES MÉDICALES.

M. FAUVEL (du Havre) fait la communication suivante sur le *Nouvel hôpital du Havre.* Inauguré le 14 juin dernier avec un certain éclat, en présence d'un grand nombre de notabilités scientifiques et administratives, cet hôpital réalise aujourd'hui, par son excellent fonctionnement, les espérances qu'il avait fait concevoir. Il est construit, comme on le sait, sur le versant sud du beau coteau d'Ingouville qui appartient au terrain crétacé et qui offre à la coupe verticale les couches suivantes : 1° Limon des plateaux et argile rouge à silex (8 m.) ; — craie verte cénomanienne (48 m.) ; — gault (niveau des eaux du Havre), optien (5 m.) ; — sables ferrugineux (20 m.).

Le terrain sur lequel sont construits presque tous les bâtiments du nouvel hôpital représente un talus d'éboulement où sont confondus les matériaux provenant des assises ci-dessus, et ce talus est appuyé au niveau de la plaine par un dépôt de limon des vallées postérieures aux éboulements.

En raison de la perméabilité de ce talus d'éboulement, on peut dire que jamais hôpital n'a été installé sur un terrain meilleur et plus salubre. Le talus d'éboulement est traversé, au niveau du gault, par des sources nombreuses qui viennent émerger dans la cour même de l'hôpital.

On sait que la superficie totale du terrain et de 63,000 mètres, et qu'elle se subdivise en trois parties à peu près égales ; un plateau supérieur situé à 70 ou 80 mètres au-dessus de la partie la plus basse du terrain et qui contient seulement les pavillons des contagieux ; une partie médiane en pente rapide à laquelle sont adossés les deux anciens pavillons de la propriété, et la partie inférieure qui a 140 mètres de long du nord au sud avec une pente totale de 15 mètres seulement. C'est cette dernière partie qui a reçu les nouveaux pavillons de malades et de blessés ainsi que les pavillons des services généraux.

Depuis l'inauguration, quelques modifications ont été apportées à la répartition primitive des services. Des quatre pavillons placés à gauche, en entrant, dans la cour d'honneur, trois seulement étaient affectés au service des femmes, les pavillons C, D, E. (Voir le plan de l'hôpital dans le n° 25 du *Progrès médical,* p. 516). Le quatrième, situé à gauche de la chapelle, le pavillon F, avec sa salle d'opération, a été distrait du service de chirurgie hommes et affecté aux opérations d'ovariotomies, etc.

Les trois beaux pavillons de droite; tous pour le service des hommes, étaient destinés, un pavillon et demi ou trois salles pour la chirurgie et autant pour la médecine. Le pavillon I, qui avait une salle pour la médecine et une autre pour la chirurgie, a été exclusivement attribué à la chirurgie dont le nombre de lits n'eût pas été suffisamment accru par la nouvelle création. Par suite de ces changements, le nouvel hôpital possède deux grands services de chirurgie et un seul service de médecine.

Nous ne décrirons point chacun de ces pavillons avec ses deux salles de 24 lits, ses 48 mètres cubes d'air par malade, ses superbes annexes (14 chambres d'isolement et autres, son éclairage électrique, etc.).

Une salle de dépôt d'instruments a été aménagée pour le classement de l'arsenal chirurgical et une surveillante a été spécialement chargée de cette salle et d'assister les chirurgiens pendant les opérations. « Le Havre, dit le Dr Fauvel, n'a pas la prétention d'avoir fait une œuvre achevée. On peut dire en effet qu'un hôpital est une de ces œuvres qui ne s'achèvent jamais, car la recherche des meilleurs moyens d'assurer la guérison sûre et rapide des malades et des opérés est une tâche que des administrateurs et des médecins ne doivent jamais considérer comme définitivement remplie. Là, plus que partout ailleurs, le progrès est un devoir. Vos observations, vos critiques même, Messieurs, nous feront marcher dans cette voie. »

Dans la discussion qui suit cette communication, tout le monde est d'accord pour faire l'éloge de l'ensemble de l'hôpital, les heureuses dispositions des pavillons et de leurs annexes et pour améliorer cet établissement comme un modèle du genre.

Quelques membres, M. Em. TRÉLAT président, entre autres, font des réserves seulement sur le fonctionnement des services généraux qui devront être très difficiles. surtout en hiver, à cause de la dispersion des pavillons. C'est une objection qui a été faite par un grand nombre de personnes qui ont visité l'établissement. On trouve également trop éloigné des services de chirurgie le dépôt des instruments placés dans le pavillon B. — (Nous renvoyons nos lecteurs à l'article que nous avons consacré à l'hôpital du Havre. Ils se rappellent que nous avons fait une autre critique plus grave ; celle du voisinage de la salle des morts des salles de chirurgie).

M. FAUVEL répond qu'effectivement le dépôt d'instruments n'est pas aussi rapproché des salles de chirurgie (hommes) qu'il conviendrait. Ce dépôt était prévu primitivement dans une salle de la pharmacie, salle qui a dû recevoir une autre attribution. Quant aux difficultés des services généraux, ils sont infiniment moindres qu'on ne pense ; ils sont même absolument nuls, si l'on en juge par le fonctionnement actuel qui a été dès le début très satisfaisant sous tous les rapports. Les visiteurs ont été frappés de l'étendue de l'espace, de l'accès difficile sur le plateau supérieur et de l'éloignement des pavillons qui y sont placés. Mais ces pavillons ne sont que des pavillons de contagieux fort éloignés, à dessein du reste, de l'établissement. Quant à l'hôpital proprement dit, il est concentré dans le tiers inférieur du terrain, et il a, au milieu même de ses pavillons de malades et de blessés, la cuisine, la pharmacie, les bains.

M. BERNHEIM (de Nancy), croit devoir conclure de l'observation de *quatre cas de gangrène dans la fièvre typhoïde* que : 1° On peut rencontrer dans la fièvre typhoïde des gangrènes externes et internes, parmi lesquelles le noma et la gangrène du diaphragme : 2° le noma n'a pas été influencé par le traitement antiseptique ; 3° Les grangrènes viscérales peuvent être latentes et ne pas déterminer de symptômes spéciaux permettant le diagnostic; 4° L'artérite peut ne déterminer de douleur qu'au siège de la gangrène, le trajet du tronc artériel malade restant indolore et sans tuméfaction apparente ; 5° La tunique muqueuse musculaire de l'artère peut se vasculariser d'une façon remarquable.

M. DAVID, professeur à l'école dentaire de Paris, fournit au

(1) Voir les nos 34 et 35.

congrès le résultat de ses recherches sur la *periostite alvéolo-dentaire.*

M. NIEPCE lit un mémoire sur la méthode des *inhalations gazeuses*, instituée à Allevard par son père.

M. VALUDE (de Paris), fait une communication sur une *nouvelle méthode d'antisepsie oculaire* préconisée par M. Panas. Elle consiste dans le lavage de la chambre antérieure pratiqué avec une seringue spéciale ; le liquide utilisé est une solution de biiodure de mercure à 1/25000. Ces lavages trouvent surtout leur emploi comme complément de l'opération de la cataracte comme moyen curatif de l'hypopyon (Voir *Progrès médical*, 28 mars 1885, p, 260).

M. L. H. PETIT (de Paris) parle de la *dégénérescence épithéliale des trajets fistuleux anciens*, cette dégénérescence, surtout observée sur des malades âgés de 40 à 60 ans peut revêtir deux formes, l'une relativement bénigne, ne se généralisant pas, l'autre se généralisant à la façon des carcinomes ordinaires.

M. ONIMUS soutient l'influence de la *direction des courants dans les névralgies* ; le courant descendant aurait une action sédative, beaucoup plus marquée. Nous renvoyons, à cet égard, les lecteurs au traité d'*électricité médicale*, par M. Onimus et Legros, 1872, p. 302 à 308.

La question de la *néphrectomie* fait l'objet d'une communication de M. OLLIER ; il l'a pratiquée sur deux malades, pour une tuberculose rénale et pour une pyélo-néphrite Le professeur de Lyon a l'opération dans tous les cas où le deuxième rein est jugé sain.

M. DELTHIL s'appuie sur une statistique personnelle pour soutenir le traitement du *cancer de l'estomac* par le *sulfate de magnésie* dont il porte progressivement les doses jusqu'à 40 grammes par jour. Il prétend avoir obtenu par ce traitement une amélioration notable des accidents stomacaux. A la suite de cette communication, MM. MAGAUD, LEUDET et RENAUT soulèvent des objections qui portent principalement sur les doses et sur la possibilité d'une erreur portant sur le diagnostic qui n'a jamais été confirmé par l'autopsie.

M. BOUCHERON (de Paris) préconise dans les *affections arthritiques des organes des sens* l'usage d'une alimentation peu azotée avec ou sans abstinence des boissons alcooliques suivant la gravité des cas.

M. ARDUIN communique ses recherches sur l'*Action thérapeutique et physiologique de l'antipyrine.* — Cette communication n'est que le résumé de la thèse publiée cette année par l'auteur sous le titre : « *Contribution à l'étude thérapeutique et physiologique de l'antipyrine* ».

L'érosion dentaire ne serait jamais, selon M. EYSSAUTIER (de Paris), occasionnée par une maladie spéciale ; elle résulterait d'une dénutrition générale; toutes les cachexies, principalement la scrofule pouvaient produire une érosion dentaire ; l'érosion à sillon serait de nature scrofuleuse et frapperait de préférence les prémolaires et les première et deuxième molaire.

MM. RODAT et REDARD (de Genève), protestent contre les théories émises par M. EYSSAUTIER.

M. MONTAZ (de Grenoble), décrit *un nouveau procédé de résection du genou* ; il pratique une incision en H sur la face interne du genou, puis une section étendue du bord interne du tendon rotulien au ligament latéral interne en ne ménageant que ses fibres les plus postérieures ; les ligaments croisés sont attaqués par la rugine.

M. SPILLMANN (de Nancy), a recours au raclage avec la curette de Volkmann et au pansement consécutif de la plaie avec la liqueur de Van Swieten dans le *traitement des syphilides ulcéreuses serpigineuses anciennes* et du *phagédénisme chancreux* ; chez cinq malades où il a eu l'occasion de pratiquer ce traitement il a obtenu une guérison rapide et persistante.

M. POTAIN propose une théorie nouvelle du *bruit de galop* qui résulterait de la brusque tension de la paroi ventriculaire lors de la pénétration de l'ondée sanguine dans les ventricules durant leur diastase.

M. DEMONS (de Bordeaux), fait une communication sur la *trépanation du crâne* ; (Voir *Congrès français de chirurgie*. Séance du 7 avril, soir), in *Progrès médical*, p. 301; 1885.)

M. RENAUT (de Lyon), communique ses recherches sur l'histologie de la couche de revêtement des extrémités articulaires des synoviales.

M. TROLARD (d'Alger) communique un mémoire sur les *Lacs sanguins de la dure-mère.*

M. PIERRET (de Lyon) présente trois observations de *Sclérose symétrique simple des tractus moteurs des centres nerveux* ; cette lésion caractéristique du tabes spasmodique ne serait, selon lui, que la préface de la sclérose latérale amyotrophique.

M. HUCHARD lit un mémoire sur l'*Étiologie, le diagnostic et le traitement de l'angine vraie*, qui soulève une discussion à laquelle prennent part MM. Franck et Potain.

SECTION D'ANTHROPOLOGIE.

Pendant la durée de l'une des principales excursions du Congrès de l'Association, la section d'Anthropologie a entrepris des excursions particulières, au lac de Paladra, à la station de Curson, récemment découverte sur les bords du Rhône. Elle a également visité les collections paléontologiques du Muséum de Lyon et celles du laboratoire de médecine légale de la Faculté de médecine. Sur l'une et l'autre de ces visites M. Sirodot, doyen de la Faculté des sciences de Reims et le Dr Gosse, doyen de la Faculté de médecine de Genève, ont présenté des rapports tout à l'éloge de M. Chantre et de M. Lacassagne. Il y a, au Muséum de Lyon, des pièces fort importantes, des séries bien choisies et souvent très complètes sur les temps quaternaires, notamment un éléphant qui serait plus ou moins intermédiaire aux espèces bien connues du *meridionalis* et de l'*antiquus.*

Nous mentionnerons encore parmi les communications relatives aux temps préhistoriques, celles du Dr Testut sur des monuments de la Dordogne ; de M. Nicolas, sur les découvertes de la Tasse, vallée du Rhône ; de M. Magitot, qui a continué les recherches au Puy de Saint-Augère (Puy-de-Dôme), dont nous avons rendu compte l'année dernière ; de M. Guignard, des environs de Blois ; de M. Charvet, qui a réuni à Grenoble une très importante collection, etc.

Nous avons précédemment indiqué l'importance des découvertes de M. Pomel, près de Mascara (Algérie), au point de vue de la faune quaternaire de l'Afrique, des anciennes conditions climatériques de cette région et des origines de ces peuples. Nous savions par les auteurs anciens qu'un éléphant avait vécu dans l'Afrique jusqu'aux temps historiques. L'éléphant, retrouvé par M. Pomel, et qu'il a appelé *el Atlanticus* était au moins de la taille du *meridionalis.* Il fallait, il nous semble, d'assez vastes pâturages pour un tel animal. Les auteurs anciens nous parlent aussi d'un bœuf à cornes recourbées en avant. Ce bœuf est figuré sur les rochers sculptés qu'on a observés au Sud du Maroc, de l'Algérie, de la Tripolitaine. Peut-on voir en lui la souche des grands bœufs domestiques de l'ancienne Egypte ? Suivant M. Pomel, il a totalement disparu, et de plus, les ossements de bœuf qu'il a retrouvés sont ceux d'une petite espèce.

M. Teisserenc de Bort, chargé dernièrement d'une mission dans le Sahara, a découvert, au Sud de Constantine, dans les dunes, près de Biskra, d'abord des traces bien caractérisées d'un ancien lac qui pouvait avoir 1 kilomètre de long sur 7 ou 800 mètres de large; ensuite, de Biskra à Gabès, le long d'une ligne de 300 kilomètres d'étendue, dans *toutes les dépressions* où le sol primitif était à nu, des silex taillés consistant surtout en des flèches et des débris de taille mêlés à des fragments de poterie grossière ; et enfin l'existence, à Oumack, près de Biskra, d'une nécropole qui occupe bien 20 hectares. Dans cette nécropole on trouve, à la partie inférieure, des cercueils en bois, et au-dessus de ces cercueils trois étages superposés de jarres. Ces jarres sont d'énormes vases à fond pointu qui ont été emboîtés deux par deux. Le fond de celle placée dans l'ouverture de l'autre, a été brisée de manière à former à elles deux un vaisseau assez long pour contenir un corps humain. Chaque couple de ces jarres contient en effet un squelette, sans rien autre d'ailleurs, ni vêtements, ni armes, ni ustensiles. L'abondance relative des silex taillés découverts, comme l'existence de nécropoles semblables, prouvent assez que le Sahara a été autrefois bien plus habitable et habité

qu'il ne l'est. Ces faits prouvent aussi, comme bien d'autres, et c'est sur quoi nous nous sommes permis d'insister, qu'il ne s'est desséché, au point où nous le voyons, que depuis une époque qui n'est pas très éloignée des premiers temps historiques. Aux temps quaternaires, il a été parsemé de lacs et de rivières, comme en témoignent des lits desséchés et de grands dépôts d'alluvions.

On conçoit ainsi très bien, comme l'a fait observer M. Teisserenc de Bort, que les peuples qui ont élevé la nécropole qu'il a découverte, aient dû abandonner, à un certain moment, l'usage des cercueils en bois pour celui des jarres. Le bois a manqué par suite du dessèchement et aujourd'hui on n'en trouve qu'à 2 ou 300 lieues de là.

Parmi les communications plus spécialement anthropologiques nous mentionnerons celles de M. Chantre, qui poursuit l'étude des documents si nombreux et si intéressants qu'il a été lui-même chercher au Caucase, et celles de M. Fauvelle, sur les moyens pratiques de se rendre compte du degré d'intelligence des différents peuples. M. Manouvrier a fait des recherches sur les proportions pondérales des membres chez l'homme et chez les anthropoïdes. Pour faire la comparaison qu'il a faite, il s'est basé sur le développement de la fonction de préhension pour la main et sur l'attitude plus ou moins redressée du corps chez les anthropoïdes. L'homme est le seul de tous les primates dont le membre inférieur soit exclusivement adapté à la station verticale et dont le membre supérieur ne serve plus normalement à la locomotion. Chez les anthropoïdes, le membre thoracique sert plus ou moins à la locomotion terrestre, mais il sert surtout à la locomotion dans les forêts, pour grimper et cheminer dans les arbres. C'est en vertu de cette dernière fonction, surtout, que les membres supérieur et inférieur, ainsi que leurs segments respectifs présentent, chez les anthropoïdes, des proportions pondérales très différentes des proportions humaines. Ainsi le poids du membre supérieur, représenté par l'humérus et les deux os de l'avant-bras est au poids du membre inférieur représenté par les os correspondants, chez un gorille, comme 87,1 à 100 ; chez un chimpanzé, comme 82,1 à 100 ; chez un homme français, comme 35,2 à 100 ; chez un néo-hébridien, comme 37,3 à 100 ; chez les anthropoïdes, la masse du membre inférieur est donc moindre, par rapport à celle du membre supérieur qui doit fournir, dans le cheminement sur les arbres, une force musculaire énorme.

La main de l'anthropoïde, qui doit saisir avec force les branches, présente un poids élevé par rapport au poids du reste du membre supérieur. Ce dernier poids étant représenté par 100, le poids du squelette de la main, carpe compris, est de 31,4 chez le chimpanzé et de 22,2 seulement chez l'homme. Il en est de même du poids des os du pied par rapport au poids du squelette de la cuisse et de la jambe. Ce dernier poids étant représenté par 100, celui du pied est de 28,6 chez le chimpanzé et de 19,3 chez l'homme. La différence de ces rapports provient de ce que le pied participe à l'action de grimper qui nécessite sans doute des efforts plus considérables que la marche debout. Les autres segments des membres supérieur et inférieur ne présentent pas, au contraire, des rapports pondéraux très différents chez l'homme et chez les anthropoïdes, ainsi que le montre le tableau suivant :

Le poids total de l'humérus et des os de l'avant-bras étant égal à 100,

Le poids de l'humérus est		Celui du cubitus	Celui du radius
Chez l'homme blanc, de :	58,8	22,9	18,3
Chez le néo-hébridien . .	58,8	21,6	19,6
Chez le gorille	58,7	22,7	18,8
Chez le chimpanzé. . . .	53,2	24,5	22,3

La différence énorme qui existe entre l'homme et les anthropoïdes sous le rapport du poids du membre supérieur comparé au poids du membre inférieur, elle se traduit morphologiquement par la longueur de ce dernier dans l'espèce humaine. Le membre pelvien, chez l'homme, s'est adapté à la marche et à la course, en même temps qu'à la station verticale, fonctions auxquelles ce membre est impropre chez les anthropoïdes, en vertu de sa faiblesse relative et de son extrême brièveté. D'autres caractères anatomiques, du reste, peuvent être ajoutés aux précédents : ce sont, en particulier, la saillie du mollet et celle du grand fessier.

La grande longueur du membre thoracique chez les anthropoïdes est un caractère dont la signification physiologique est la même que celle de la grande longueur du membre inférieur chez l'homme. Il faut de grands et forts bras au singe pour cheminer vite en forêt ; il faut de longues jambes pour marcher et courir vite à terre. En vertu de l'usage qu'il fait de son membre supérieur et de sa main dans la locomotion, l'anthropoïde méritait le nom de quadrupède bien plutôt que celui de quadrumane, car s'il saisit les branches avec ses puissantes mains, c'est encore dans un but de locomotion et alors même qu'il se tient debout sur ses pieds, il n'en progresse pas moins à quatre pattes.

Le membre supérieur jouit d'une plus grande liberté de mouvement chez l'homme que chez l'anthropoïde, du moins pour les mouvements exécutés de haut en bas, le long du tronc. En effet, si la clavicule des anthropoïdes est à peu près aussi longue que celle de l'homme, relativement à la largeur de la partie supérieure du thorax, elle l'est beaucoup moins relativement à la largeur du thorax au niveau des insertions diaphragmatiques. Le thorax des anthropoïdes est, en effet, très dilaté à sa partie inférieure, tandis qu'il est étroit au sommet.

Le Dr Collomb a pu faire sur les Mandingues une étude ethnographique et anthropométrique. Les traditions recueillies dans le pays font remonter l'origine des Mandingues à la plus haute antiquité. Déjà, en 1300, ils possédaient non loin des bords du lac Débo un vaste empire dont la capitale était Mali ou Melli. Les Bambaras avaient fondé sur les rives mêmes du Niger un autre empire qui avait pour capitale Segou-Sikoro (Segou l'ancienne). On peut donc attribuer, comme lieu d'origine, à la race Mandingue, les montagnes de Khong et les rives du Djolibah de sa source au lac Débo. Deux tribus Mandingues, les Bambaras et les Malinkhès ont gardé le sang Mandingue dans toute sa pureté.

Bammako peut être pris comme point central de l'union de ces deux tribus ; au Nord habitent les Bambaras, au Sud les Malinkhès. Une ligne fictive de Backel à Bammako par Bafoulabé et Kita donne plus exactement la limite de séparation de ces deux tribus.

Au point de vue anthropométrique, les Mandingues sont des nègres sous-dolichocéphales, à indice frontal assez grand, au nez épaté, d'une taille assez élevée.

Quelques chiffres fixeront les idées :

	Hommes.	Femmes.
Nombre d'observations . .	65	15
Age moyen	22 ans 6 m.	22 ans 8 m.
Indice céphalométrique . .	73.63	75.50
— frontal	77.55	80.17
— nasal	99.51	94.04
Taille en mm.	1667 mm. 3	1621 mm. 8
Taille = 100. Enverg. =	106.32	106.79

M. le Dr Collomb étudie ensuite le Mandingue au point de vue physiologique et pathologique. Il passe en revue l'enfant, la jeune fille, la mère ; il nous parle des différentes fonctions physiologiques de la femme : menstruation, accouchement, ménopause, etc. Il traite ensuite des cicatrices etniques, des tatouages, nous initie en un mot à la vie particulière et privée du type mandingue. Il termine en signalant les maladies qui l'affectent plus spécialement et qui lui sont propres.

Cette étude fait suite à deux articles déjà publiés dans la *Revue d'anthropologie*, de Lyon ; elle les complète et permet de mieux apprécier le type mandingue et de le différencier anthropométriquement.

Zaborowski a fait une communication sur les Finnois en général, sur les importantes collections de crânes des tumulus ou kourganes, et sur une petite série de crânes finnois anciens qu'il a mesurés.

D'autres communications étaient annoncées. Nous citerons celles de M. Rivière sur les caractères crâniens des hommes de Barussé-Roussé, de M. Carrière sur les études anthropologiques locales, de M. A. Hovelacque sur les premiers bro-

chycéphales de l'Europe occidentale, de M. Tubino sur l'anthropologie espagnole, de M. Collineau sur un caractère d'animalité observé chez quelques idiots, de M. Sabatier sur la genèse et la nature des produits sexuels dans la série animale. Mais ces communications n'ont pas été faites. L'ordre du jour n'a d'ailleurs pas pu être épuisé.

Nous bornerons donc là notre compte rendu. Il ne donnera qu'une idée insuffisante des matériaux qui ont passé sous nos yeux et de toutes les questions qui ont été soulevées incidemment ou traitées à fond à la section d'anthropologie.

L. Zoborowski.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 1er septembre 1885. — Présidence de M. Bergeron.

M. le Président annonce à l'Académie la perte qu'elle vient de faire en la personne de M. Magne, membre de la section de médecine vétérinaire.

Le choléra à Toulon. — M. J. Rochard annonce que l'épidémie a éclaté subitement cette année, pour acquérir d'emblée un grand développement. Depuis le 27 août, elle est en pleine décroissance. Le choléra actuel frappe de préférence les personnes riches, aisées. Toutefois, il a également frappé les militaires et les marins affaiblis par un séjour prolongé aux colonies. A part quelques exceptions, la diarrhée prémonitoire est d'ordinaire constatée. L'épidémie actuelle affecte, en outre, une marche insidieuse et il n'est pas rare de voir les cas les plus bénins en apparence, revêtir une allure grave et devenir promptement mortels. En terminant, M. J. Rochard signale les résultats thérapeutiques qui sont heureusement dus, dans des cas désespérés, aux injections intra-veineuses de sérum artificiel.

M. Peter fait observer que dans dix cas où il lui a été donné d'observer les effets de ces injections intra-veineuses, il a eu à enregistrer dix morts.

M. Marey lit un *rapport au nom de la commission du choléra*, qu'il résume dans les conclusions suivantes: 1° Dans les régions de France d'où nous sont parvenues les réponses des médecins, le choléra n'est apparu, en général, que provenant d'un pays contaminé antérieurement. Car, dans les trois quarts des cas, cette importation a été reconnue, et pour l'autre quart l'importation est plus que probable d'après les raisons exposées dans le rapport. 2° Le choléra se développe avec moins d'intensité dans les centres populeux que dans les petites localités. C'est donc une fâcheuse erreur qui, en temps d'épidémie, pousse les habitants des villes à s'enfuir dans les campagnes. 3° La malpropreté en général, et surtout la mauvaise habitude de projeter partout les déjections humaines, est la cause dominante de la propagation de la maladie ; car en temps de choléra, les déjections d'un malade qui ne présente qu'une diarrhée légère peuvent renfermer les principes du choléra le plus grave. 4° Le principe du choléra est souvent transporté par les eaux souillées des déjections d'un malade, et c'est d'ordinaire en buvant ces eaux qu'on prend la maladie. 5° Les orages qu'on voit si souvent précéder ou aggraver les épidémies de choléra, agissent en souillant les eaux potables dans lesquelles sont entraînées les immondices répandues sur le sol. C'est parce que les eaux potables y sont ordinairement bien captées et préservées de souillures, que les villes offrent moins de prise à l'extension du choléra. Quelques villes, toutefois, alimentées d'eau de rivière perdent, à cet égard, leur privilège. 7° Pour toute localité, les quartiers les plus dangereux à habiter en temps de choléra, sont ceux qui occupent les parties basses voisines des rivières et ceux où on consomme de l'eau dont la pureté n'est point certaine. 8° La désinfection des maisons habitées par des cholériques, celle de leur déjection, des linges ou objets souillés, pratiquée conformément aux instruction du comité consultatif d'hygiène, est une mesure préventive, indispensable; elle semble plusieurs fois avoir éteint l'épidémie à son début. Mais pour être efficace, cette désinfection exige une grande vigilance, car la méconnaissance des premiers cas de choléra laisse souvent se produire la contamination des eaux et la propagation de la maladie. 9° Les chances de contracter le choléra semblent accrues par la vieillesse, l'épuisement, la première enfance, l'alcoolisme, la malpropreté générale. 10° Une première atteinte de choléra ne semble pas conférer l'immunité, même pour un temps fort court.

A. Josias.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 12 décembre 1884. — Présidence de M. Cornil.

10. Observation d'une hernie inguino-interstitielle gauche avec ectopie testiculaire (service de M. le Dr Le Roy des Barres), Hôpital de Saint-Denis. Observation présentée à la Société anatomique dans la séance du 12 décembre 1885 au nom de M. le Dr Le Roy des Barres; par M. Legrand, interne du service.

Le 22 *novembre* 1884 entre dans le service de M. Le Roy des Barres (hôpital de Saint-Denis), le nommé Pellet Camille, âgé de 26 ans, boulanger. Cet homme fort, de constitution très robuste, est atteint d'une hernie inguinale gauche remontant à son enfance, très irrégulièrement maintenue par un bandage et qui, au dire du malade, ne se réduit jamais complètement. Le testicule gauche ne se trouve pas dans les bourses ; on le sent à la partie inférieure du canal inguinal.

Le 21 *novembre* 1884, à 11 heures du soir, ce malade, après un effort violent, remarque que sa tumeur ne peut plus rentrer, passe la nuit dans cet état et le lendemain un médecin de la ville pratique un taxis tellement violent qu'il en résulte une rougeur considérable avec excoriation de la peau : le taxis reste complètement infructueux. La réduction n'ayant pu avoir lieu, le malade entre à l'hôpital le 22 novembre vers 3 heures du soir.

Examen du malade. L'on constate une tumeur volumineuse dure, très sensible à la pression, irréductible et située dans la région inguinale gauche, au-dessus de l'arcade crurale. Ses limites sont : en bas, l'arcade crurale ; en dedans, le bord externe du muscle droit. En dehors, une ligne partant de l'épine iliaque antéro-supérieure et se dirigeant perpendiculairement vers le sommet de l'aisselle. Sa direction est oblique comme celle de l'arcade crurale augmentant de hauteur à mesure qu'on se rapproche de l'épine iliaque antérieure et supérieure et s'élevant en ce point à une hauteur de 8 à 10 centimètres. La pointe de la hernie ne descend pas au-dessous du niveau de l'orifice externe du canal inguinal.

M. Le Roy des Barres, après un examen du malade, indique comme diagnostic : hernie inguino-interstitielle, entéro-épiploïque avec grande longueur d'intestin et pratique, sous l'influence du chloroforme, de très légères pressions plutôt qu'un véritable taxis. Ces pressions sont faites de haut en bas et de dehors en dedans. Sous leur influence la hernie diminue sensiblement de volume et le malade à son réveil déclare que la tumeur a son volume habituel. On applique un spica de l'aine, mais toutefois ne regardant pas la hernie comme certainement réduite, et ne voulant, en raison de cette variété de hernie, prolonger les manœuvres, un purgatif d'exploration est donné.

23 *novembre* 1884 (matin). Le malade n'a rendu ni gaz ni matières. Le ventre est peu ballonné, la région inguinale gauche est très sensible à la pression, Température rectale 39°. Une limonade purgative est donnée.

23 *novembre* 1884 (soir). Le malade est dans le même état, n'ayant rendu ni gaz ni matières. Un peu de hoquet mais pas de vomissements. Pouls fort, plein. Température rectale 39°,2. Glace, eau de Seltz.

24 *novembre* 1884 (matin). Le malade a passé une très mauvaise nuit, grande agitation. La région inguinale gauche est toujours très douloureuse. Le hoquet persiste et le matin vers 8 heures apparaît le premier vomissement : très peu abondant, glaireux, il est légèrement teinté en rouge par du vin.

L'intervention chirurgicale arrêtée, a lieu dans l'après-

midi. M. le Dr Le Roy des Barres fait une incision de 8 à 10 centimètres environ suivant le grand axe de la tumeur et après avoir sectionné la peau, le tissu cellulo-adipeux, le fascia superficialis, l'aponévrose du grand oblique et le grand oblique tombe dans le sac. Il débride l'agent d'étranglement et pratique la résection de la plus grande partie de l'épiploon.

Toute cette opération est faite dans les meilleures conditions en suivant avec exactitude toutes les règles antiseptiques, lorsque, après avoir fini d'appliquer le pansement de Lister, le malade réveillé est pris de vomissements fécaloïdes d'une abondance considérable, vomissements qui amènent la mort immédiate du malade par asphyxie, malgré tous les efforts pour le rappeler à la vie.

L'Autopsie est pratiquée le 26 au matin ; dès l'ouverture du corps une ligature est pratiquée sur la trachée. 1° Les poumons laissent échapper par la trachée des matières fécaloïdes auxquelles il faut attribuer la mort. 2° Le cœur ne présente rien d'anormal. 3° La portion d'intestin herniée appartient à l'intestin grêle : elle mesure 39 centimètres ; elle est ecchymosée, sans sphacèle, et jugée suffisamment saine pour être rentrée. Elle est sortie par l'anneau inguinal interne, se déplaçant suivant deux directions, le conduit péritonéo-vaginal d'une part, et l'interstice musculaire de l'autre. L'agent d'étranglement a été l'orifice interne et les accidents se sont développés en devenant beaucoup plus volumineux. La portion interstitielle tantôt rentrée, tantôt sortie, allait se loger dans un sac devenu adhérent aux muscles voisins. L'enveloppe de ce sac a une épaisseur de 4 à 5 millimètres et limite une cavité de forme oblongue à grand axe dirigé suivant la direction de l'arcade fémorale. Cette poche se trouve située entre les deux muscles obliques : le grand diamètre a une longueur de 12 centimètres, et le transversal en a 6 environ. 4° Le testicule occupe la partie la plus inférieure du canal inguinal, canal qui, dans le cas présent, n'a pas d'orifice externe.

L'autopsie est donc venue confirmer le diagnostic posé avant l'opération.

Les conclusions de cette observation ont pour but : 1° de contribuer à l'individualité de la hernie inguino-interstitielle, individualité si bien mise en relief par M. le Dr Tillaux ; 2° de montrer le danger d'un taxis prolongé dans cette variété de hernie et l'opportunité d'une intervention rapide ainsi que dans la hernie péritonéo-vaginale ; 3° de montrer la corrélation intime de l'ectopie testiculaire avec la hernie inguino-interstitielle ; 4° le danger des vomissements abondants survenant après l'anesthésie.

11. Méningite tuberculeuse. — Ramollissement cérébral, étendu à tout l'Insula. — Paralysie avec contracture des membres et du facial inférieur, du côté opposé à la lésion. — Déviation conjuguée de la tête et des yeux ; par M. Morel-Lavallée, interne des hôpitaux.

Le jeune Const. P..., âgé de 2 ans, est amené à l'hôpital des Enfants-Malades, salle St-Jean, n° 18, service de M. Labric, le 6 décembre, au matin. Il entre uniquement parce que depuis un mois il a continuellement la diarrhée. Il n'a présenté jusqu'alors aucun autre phénomène morbide. Or, le soir même, à 5 heures, il est pris d'une attaque d'éclampsie absolument épileptiforme : cris, convulsions cloniques, puis toniques ; morsure de la langue, écume sanglante à la bouche. Pas de pronation des pouces. Puis tout disparaît.

Le 7, deux ou trois accès moins intenses.

Le 8, matin, nouvelle attaque ; cette fois l'enfant conserve, après, l'air hébété : hémiparésie des membres et du facial inférieur gauche Impossible désormais de rattacher ces convulsions à des désordres intestinaux. Il est vraisemblable que la diarrhée était due à une entérite tuberculeuse, et que nous assistons maintenant aux symptômes dus à un tubercule cérébral.

Le 8, au soir, T. 38°,4. L'enfant est couché à plat ventre ; la tête, qui repose sur l'oreiller, est en rotation fixe sur l'épaule droite ; les yeux sont également déviés à droite. Vient-on à coucher le petit malade sur le dos, il tourne en grognant et violemment sur lui-même de gauche à droite jusqu'à ce qu'il retombe à plat ventre, la tête demeurant fixée sur l'épaule droite par la contraction musculaire. Il n'est pas possible de déterminer si cette rotation a lieu par la paralysie des muscles gauches du cou ou par la contracture des muscles du côté droit. En tout cas, elle n'est pas produite par le seul sterno-mastoïdien, les muscles postérieurs y prennent part.

Le côté gauche du corps est parésié ; l'enfant le remue moins que le droit ; il y sent moins, et il y a du retard de la perception ; les réflexes y sont diminués. Dans cette journée du 8, jusqu'à 5 heures du soir, il y a eu cinq accès. La religieuse aurait constaté ceci : l'accès est-il de moyenne intensité, le côté gauche, parésié, remue peu ; est-il violent, les convulsions sont bilatérales. Parfois elles n'ont lieu *qu'à droite*. Ce matin, il semblait y avoir paralysie faciale gauche totale ; ce soir, on voit nettement le facial inférieur seul pris ; les pupilles sont égales et obéissent à la lumière. Décubitus dorsal, tête dans la rectitude. Tache méningitique.

Dans la soirée, les convulsions sont presque continuelles ; dans l'intervalle, il y a plutôt perte de connaissance que paralysie ; les traits ne sont plus tirés d'aucun côté. Les mouvements réflexes existent aux quatre membres, bien que plus lents à se produire à gauche. La paralysie est certainement moins accentuée. Pas de contractures fixes. L'urine, examinée hier, ne contenait pas d'albumine.

Le 9, soir, rien de nouveau. T. 39°, sans pulsations. Toujours ni vomissements, ni strabisme.

Le 10. Convulsions presque continuelles, pas de rotation de la tête ni des yeux : le soir, fièvre brûlante, pouls si rapide qu'on ne peut le compter. Il n'y a plus la moindre connaissance, les yeux ne suivent pas la lumière. S'il y a tumeur cérébrale, il y a certainement à présent de la méningite, ne fût-ce qu'à titre d'épiphénomène.

Mort le 11 au matin.

Autopsie. — *Thorax*. Granulie pleuro-pulmonaire bilatérale, pas d'adhérences. Enphysème des lobes supérieurs ; broncho-pneumonie (splénisation) des bords antérieurs et des bases. A la base du poumon gauche, un tubercule marginal jaune, gros comme une noisette ; ganglions caséeux durs du même côté ; cœur sain ; caillots fibrineux dans les deux ventricules.

Abdomen. — *Foie*. Criblé de petits tubercules jaunes ; pas trop gras d'apparence. — *Rate*. Egalement semée de petits tubercules jaunes. — *Reins*. En contiennent aussi quelques-uns. — *Ganglions mésentériques*. Tuberculeux ; l'un d'eux, gros comme une noisette, est appuyé contre le canal cholédoque, lequel est resté perméable, car il n'y a pas eu d'ictère. Cinquante centimètres d'*intestin grêle*, pris au hasard près du cœcum, sont semés de granulations grises visibles seulement sur la face muqueuse. Un tubercule jaune, gros comme un pois, fait également saillie à l'intérieur, sans être visible par la face péritonéale. Pas d'injection des vaisseaux ni de saillie des follicules de l'intestin.

Encéphale.—En enlevant le cerveau de sa boîte osseuse on voit sortir de la fosse temporale droite une bouillie blanc-rougeâtre analogue à un foyer de ramollissement qui se vide. En effet, en examinant le cerveau sous l'eau, on voit sur la marge de la partie antéro-inférieure de la scissure de Sylvius un foyer en partie vide, sur lequel flottent les débris de la pie-mère déchirée. L'aspect extérieur de l'encépale est le suivant : à la base, méningite avec exsudat pyo-fibrineux prédominant à droite. — *Hémisphère gauche*. — Assez ferme ; quelques rares tubercules sur la pie-mère. — *Hémisphère droit*. Sa convexité est constellée de tubercules d'autant plus nombreux qu'on monte vers le sommet de la voûte crânienne. La pie-mère, peu injectée, *n'est pas adhérente* au cerveau. En bas, le foyer déjà signalé, consistance quasi fluctuante de cet hémisphère droit. Coupe transversale et horizontale passant par le plancher des ventricules latéraux. — *Côté droit*. Foyer anfractueux, tomenteux, irrégulier, plein d'une bouillie rougeâtre et comprenant tout l'insula, allant jus-

qu'aux ganglions centraux, qui sont intacts et de consistance normale. C'est la continuation du foyer évacué en partie lors de l'autopsie. L'avant-mur et la capsule externe sont détruits, ainsi que la partie de la couronne rayonnante qui est embrassée par l'insula. Pas d'épanchement ni de ramollissement dans les ventricules. Au niveau des régions motrices corticales, fait désormais secondaire d'ailleurs, pas d'adhérence ni de méningo-encéphalite. En écartant en bas les lèvres de la scissure de Sylvius, on voit l'artère sylvienne effectuer sa division en éventail au milieu d'un infiltrat tuberbuleux caséiforme, gros comme une forte noisette, dur, jaune strié de vert comme les productions caséeuses du poumon. Cet infiltrat n'a pas obstrué les bronches corticales de la sylvienne, puisque les circonvolutions sont saines, mais c'est évidemment à lui qu'est dû la nécrobiose du lobule de l'insula.

Pas de tubercules dans la substance centrale. Hémisphère gauche et cervelet sains. Pas d'exsudat au niveau des racines des nerfs bulbaires.

Réflexions. — Cette observation nous offre un nouvel exemple d'une paralysie permanente produite dans la méningite tuberculeuse par le mécanisme indiqué dans la thèse de M. Rendu, savoir : compression des vaisseaux par l'infiltrat et nécrobiose ischémique. Le malade était un ancien tuberculeux, enlevé dans une poussée de granulie qui se serait vraisemblablement terminée par l'évolution classique et plus prolongée de la méningite tuberculeuse, s'il n'était mort d'accidents cérébraux brusques.

De là plusieurs choses à noter: d'abord le noyau d'infiltration tuberculeuse autour de l'artère sylvienne, dans l'écorce cérébrale, était certainement ancien, antérieur à la granulie, probablement contemporain du tubercule du poumon gauche et de ceux des ganglions correspondants. En admettant que le ramollissement nécrobiotique de l'insula se soit brusquement étendu ces jours derniers, au point de déterminer à la fois les violentes attaques épileptiformes et un ictus accompagné de déviation conjuguée de la tête et des yeux; il est vraisemblable qu'il a existé, pendant un certain temps, une zone de tissu cérébral insuffisamment irriguée par le sang, et cela sur le trajet des tractus moteurs, sans donner lieu à des symptômes appréciables. Ce fait, au reste, n'est pas rare chez l'enfant.

En second lieu, nous avons vu que s'il y avait à la base du cerveau un exsudat assez abondant, en revanche, à la face externe des hémisphères, la pie-mère était constellée de petits tubercules, mais elle n'était ni rouge ni injectée, ni adhérente à l'écorce cérébrale, et il n'y avait pas de périencéphalite. Il y avait donc là plutôt tuberculose de la méninge que méningite tuberculeuse, d'autant que les altérations ventriculaires étaient nulles. L'enfant n'est pas mort de méningite tuberculeuse, mais de désordres dus à un tubercule parasylvien déjà ancien (jaune marronné). Ces accidents ont sans doute empêché la méningite tuberculeuse, déjà existante à la base, de produire ses lésions à la convexité du cerveau et dans ses régions ganglionnaires, et d'évoluer symptomatologiquement. L'ordre éventuel des lésions morbides aurait probablement été le suivant : production de granulations dans les méninges; congestion, puis infiltration de la pie-mère ; adhérences avec l'écorce ; périencéphalite. Puis épanchement ventriculaire, ramollissement des ganglions centraux, altération du trigone, etc., etc. Or, les symptômes observés chez notre malade sont dus uniquement au ramollissement endo-hémisphérique, tandis que les granulations tuberculeuses existaient dans la pie-mère sans avoir provoqué ni céphalalgie, ni plaintes, ni cris hydrocéphaliques, ni presque aucun des signes classiques de la méningite. Or, voici où nous voulons en venir. Si, à l'ordinaire, ou seulement dans un grand nombre de cas, la méningite tuberculeuse avait pour premier acte l'éclosion *silencieuse* des granulations, il s'ensuivrait que les premiers symptômes n'apparaîtraient qu'à la deuxième phase du processus anatomique, celui de la méningite proprement dite ; à plus forte raison le diagnostic ne pourrait-il être posé qu'au moment où existeraient déjà, dans l'encéphale, des lésions très avancées, en tout cas irréparables, puisqu'on se trouverait en présence d'une tuberculose méningée acquise. Ce fait expliquerait une fois de plus le pronostic d'incurabilité porté pour toute méningite tuberculeuse dûment diagnostiquée. Il est cependant juste d'ajouter que l'ordre de succession des phénomènes anatomiques n'est certainement pas toujours celui que nous avons supposé.

Séance du 19 décembre. — Présidence de M. Cornil.

12. Carie du rocher. — Abcès cérébral ; par M. Gallois, interne des hôpitaux.

La nommée Ham... (Joséphine), âgée de 47 ans, journalière, était atteinte depuis longtemps déjà d'un écoulement purulent de l'oreille gauche. Le 29 novembre 1884, d'après les renseignements fournis par sa famille, elle fut prise de deux attaques convulsives sans prédominance bien nette à droite ni à gauche; à la suite, elle n'aurait pas eu de paralysie. Lorsque la malade fut apportée à l'hôpital Tenon, salle Béhier, 22 (service de M. Straus), il lui était absolument impossible de s'exprimer, tout au plus pouvait-elle prononcer très indistinctement les mots « pas » et « oui ». Il était fort difficile de savoir si elle comprenait ce qu'on lui disait. En portant la main gauche sur la région frontale du même côté et en prenant une physionomie de souffrance, elle donnait à entendre qu'elle avait des douleurs de tête assez fortes. A ce moment, il n'y avait pas de paralysie ni du bras ni de la jambe, la langue ni la luette n'étaient déviées. La sensibilité ne paraissait pas modifiée. La température, le soir de l'entrée, était de 38°,3; le lendemain matin, 37°,6.

La malade restait sensiblement dans le même état, avec une température très peu élevée, oscillant entre 37°,5 et 38°,5, quand, le 2 décembre, elle fut prise d'une poussée d'herpès. Une plaque de cette éruption recouvrait les lèvres, les ailes du nez et le menton ; d'autres plaques symétriques moins considérables, et formées de deux ou trois vésicules seulement, occupaient les angles internes des deux yeux et les lobules des deux oreilles. Cet herpès devint purulent et guérit parfaitement sans laisser de cicatrice.

A la suite, la malade parut aller un peu mieux; elle comprenait mieux ce qu'on lui disait, et ne pouvant toujours pas parler, arrivait à se faire comprendre à peu près, quand, le 10 décembre, on la trouva dans un état comateux presque complet; le 11, elle était un peu plus réveillée, mais présentait une paralysie avec contracture de tout le côté droit; la face même était prise. Les traits étaient tirés vers la droite, mais la moitié gauche seule de la face était mobile. La sensibilité cutanée paraissait émoussée sans que l'un des côtés du corps semblât plus atteint.

A partir du 13 décembre, il devint impossible d'alimenter la malade ; on pouvait lui desserrer les dents, quoique avec peine, elle ne pouvait avaler les aliments, même liquides, déposés dans la bouche. La température s'éleva un peu, atteignant 39° le soir. L'intelligence disparut complètement, la contracture céda pour faire place à de la flaccidité. L'incontinence fécale remplaça la constipation qu'avait présentée la malade au moment de son entrée ; les urines ne furent pas non plus conservées. Escharre de la fesse droite. La mort survint dans la nuit du 17 au 18 décembre.

L'herpès, avons-nous dit, était complètement guéri. Les divers organes étaient à peu près sains. Congestion pulmonaire légère, pas de tubercules.

A l'ouverture du crâne, la dure-mère paraissait très tendue ; il fut difficile de la pincer pour la fendre. Au dessous d'elle, les circonvolutions cérébrales étaient comprimées, aplaties. La pie-mère était saine. Pendant l'ablation du cerveau, un flot de pus très fétide se répandit dans l'étage moyen de la base du crâne. Il y avait un abcès cérébral qui venait de s'ouvrir par une perforation siégeant à la partie inférieure et externe du lobe sphéroïdal gauche.

Le rocher, du même côté, présentait une carie siégeant en dehors des canaux demi-circulaires au niveau de la

caisse. La dure-mère, accollée au point carié, présentait une coloration noirâtre; au-dessous, la pie-mère était saine, ni pus, ni vascularisation exagérée. Quant à l'abcès cérébral, des coupes faites parallèlement au sillon de Rolando permettaient de bien se rendre compte de sa situation. Siégeant dans le lobe sphéno-occipital, il s'étendait en avant jusqu'à 2 centimètres environ de la corne sphénoïdale; en arrière, il s'arrêtait à 3 ou 4 centimètres de la corne occipitale; en dehors, il était revêtu par une couche de substance cérébrale d'une épaisseur moyenne de 1 centimètre; en dedans, il atteignait la partie externe du corps strié et, un peu plus en arrière, était sous-jacent au ventricule latéral, au point où il se divise pour former les deux diverticules sphénoïdaux et occipitaux. Pendant les manipulations, il se rompit même dans ce ventricule. La paroi était constituée par une membrane pyogénique très nette, revêtue de pus crémeux à sa face interne, vascularisée; en dehors, la substance cérébrale tout autour et dans une zone d'environ 2 centimètres, un peu plus large en avant, un peu moins en arrière, était altérée, ramollie, et présentait une légère teinte jaunâtre; pas de vascularisation exagérée. Le pus, très fluide, fourmillait de microcoques, soit isolés, soit plus rarement en chaînette; on rencontrait en outre un petit nombre de bâtonnets d'aspect variable.

En somme, cette femme, à la suite d'une carie du rocher ancienne, de nature non tuberculeuse, avait eu un abcès cérébral. Cet abcès était dû vraisemblablement à la pullulation de micro-organismes. Ceux-ci ayant traversé le rocher carié, la dure-mère un peu altérée, avaient franchi, sans y déterminer d'altérations, la pie-mère et une couche de substance cérébrale. Puis, dans l'épaisseur de celle-ci, trouvant des conditions favorables à leur développement, conditions que nous ne connaissons pas, avaient produit cette suppuration abondante qui fut constatée.

Les phénomènes cliniques observés peuvent s'expliquer assez bien par la situation de l'abcès. L'affaissement intellectuel peut avoir pour cause l'augmentation de la pression intra-crânienne, la paralysie s'explique par la lésion du corps strié. Pour les contractures, on peut dire ou bien qu'elles sont dues à l'excitation du corps strié, excitation ayant précédé sa destruction partielle par suite de l'envahissement de l'abcès, peut-être pourrait-on les expliquer par la pénétration de l'abcès jusqu'au voisinage du ventricule. Reste enfin l'impossibilité de parler éprouvée par la malade. Il n'y avait pas seulement une surdité verbale qui s'expliquerait par le siège de l'abcès, il s'y ajoutait une obnubilation cérébrale très voisine de la démence. L'herpès, dans ce cas, ne doit vraisemblablement pas être considéré comme un phénomène consécutif à une compression nerveuse, il est plus probable qu'il s'agit là d'une éruption analogue aux poussées d'herpès que l'on observe dans certaines maladies infectieuses.

13. M. Durand-Fardel présente un foie pesant 10 kil., siège d'un cancer encéphaloïde, avec foyer de ramollissement, et pris pour un kyste hydatique. Les premiers troubles dyspeptiques remontaient à quatre années; une ponction n'avait pas donné issue à du liquide et avait été suivie d'une poussée d'urticaire.

CONGRÈS DE MÉDECINE PUBLIQUE.

Le *Congrès de médecine publique de Belgique* a tenu cette année ses séances à Anvers, du 26 au 30 août, sous la présidence de M. H. Kuborn. Le Congrès a adopté à l'unanimité le vœu suivant déposé par M. Proust: « Le Congrès, voulant prévenir l'importation du choléra en Europe, émet le vœu qu'une surveillance médicale sérieuse soit exercée à Suez, que le conseil international d'Alexandrie soit réorganisé, et prie le gouvernement belge de bien vouloir amener une entente à ce sujet entre l'Egypte et les divers gouvernements. »

On a ensuite voté les propositions suivantes: 1° (de M. Pacchiotti) « *Dans l'état des relations qui existent entre les peuples de l'Europe centrale, les quarantaines terrestres, les cordons sanitaires et les fumigations de personnes sont des mesures inutiles et même dangereuses. Les* FUMIGATIONS *de lettres proprement dites sont inutiles.* » 2° Les quarantaines fluviales, à l'intérieur des continents, sont également inutiles et dangereuses. 3° *Les embouchures des fleuves et les ports doivent être considérés comme des appendices de mer et les quarantaines maritimes leur sont applicables; les quarantaines maritimes sont applicables en Belgique; l'histoire des épidémies antérieures les font considérer en même temps comme efficaces.*

Le Congrès a, en outre, voté le remplacement de quarantaines terrestres et fluviales par l'*observation et la désinfection* méthodiquement organisées dans les stations frontières, et la *désinfection aseptique* des navires comme complément des quarantaines maritimes. L'Assemblée a, de plus, voté un vœu déposé par M. Perrin (de Paris), et appuyé par MM. Pacchiotti, Brouardel, etc., invitant *les gouvernements à se charger directement de l'assainissement des villes et des communes, la propreté s'imposant avant tout aux nations comme moyen de s'opposer à la propagation des maladies pestilentielles.*

REVUE DES MALADIES DE L'ENFANCE

I. **Traité clinique et pratique des maladies des enfants**, de Rilliet et Barthez; 2e édition; par Barthez et Sanné, t. I, 1884, 1 vol. in-8 de 936 p. — Alcan, éditeur.

II. **Manuel pratique des maladies de l'enfance**; par D'Espine et Picot, 3e édition — J.-B. Baillière, 1884.

III. **Traité pratique des maladies des nouveau-nés, des enfants à la mamelle et de la seconde enfance**; par Bouchut, 8e edition. — J.-B. Baillière, 1885.

IV. **Etudes d'ophthalmoscopie dans la méningite et les maladies cérébro-spinales**; par Henry Bouchut. Thèse de Paris, 1884.

I. En 1838, MM. Rilliet et Barthez déploraient de voir la pathologie de l'enfance manquer d'un historien, et constataient « qu'un bon livre sur les maladies des enfants était encore à faire. » Dès cette époque, ou plutôt même depuis le mois de janvier 1837, ils avaient déjà, en commun, commencé les recherches et accumulé les matériaux qui devaient, quelques années plus tard, aboutir à la publication du *Traité clinique et pratique des maladies de l'enfance.* Il est curieux aujourd'hui, après le succès qu'a si justement obtenu ce livre, de lire la préface de la première édition. « Nous défiant toujours de nos propres forces, disent MM. Rilliet et Barthez, nous avons attendu longtemps qu'un plus habile que nous publiât un ouvrage que la science réclamait à bon droit; mais notre attente ayant été vaine, nous nous sommes décidés à réunir dans un traité tous les résultats de notre observation. »

C'est là l'expression d'une modestie bien rare et que l'on peut trouver excessive, car peu d'ouvrages ont été plus consciencieusement élaborés, plus travaillés, et lorsque, en 1853, MM. Rilliet et Barthez en publièrent la seconde édition, c'était bien véritablement une œuvre personnelle, durable, qu'ils pouvaient se glorifier d'avoir édifiée.

Cette seconde édition était depuis longtemps épuisée, et la troisième était impatiemment attendue; mais absorbé par des occupations multiples et en particulier par une clientèle qui ne lui laissait aucune liberté, M. Barthez ne pouvait trouver le temps de la rédiger. En outre, sans aller jusqu'à dire, comme l'auteur, que le livre avait vieilli, on peut tout au moins constater qu'il n'était plus au courant des acquisitions modernes. Une refonte générale était nécessaire. M. Barthez en chargea son gendre, le Dr Sanné, déjà connu par des travaux personnels sur les maladies des enfants. « La rédaction est de lui tout entière; il a utilisé tous les matériaux que je lui ai confiés et les siens propres, il a profité de mes conseils et de mon expérience; il a su tirer parti de la multiplicité des travaux modernes pour transformer et présenter sous un jour nouveau beaucoup de nos chapitres qui l'exigeaient et aussi pour joindre à notre livre un certain nombre de chapitres nouveaux.

Do ces transformations multiples est sorti cet ouvrage... qui est devenu plutôt un livre nouveau qu'une nouvelle édition. »

Une modification capitale de l'ouvrage porte d'abord sur le plan qui, dans les anciennes éditions, avait pour base la nature des maladies (inflammations, gangrènes, hémorrhagies, hydropisies, etc.). Dans l'édition actuelle, on a adopté la classification par appareils, et c'est ainsi que seront étudiées successivement les maladies du système nerveux, les maladies de l'appareil respiratoire, de l'appareil circulatoire, de l'appareil digestif et de ses annexes, de l'appareil génito-urinaire, des organes des sens, les maladies de la peau et du tissu cellulaire, les maladies générales spécifiques, les maladies générales constitutionnelles, enfin les maladies parasitaires.

Les auteurs n'ont pas cru cependant devoir suivre dans toute sa rigueur l'ordre anatomique, et pour n'en citer que deux exemples empruntés au premier volume, c'est ainsi qu'ils ont écarté des maladies de l'encéphale la méningite tuberculeuse, et que dans les maladies de l'appareil respiratoire, ils ont aussi éliminé le croup et la phtisie pulmonaire, se proposant évidemment de faire l'histoire de ces maladies avec celle de la diphtérie et de la tuberculose. Les avantages de la classification anatomique sont par suite moins évidents qu'ils ne pouvaient le sembler tout d'abord, et il est certain que l'étude du diagnostic de ces maladies est ainsi rendue plus difficile. Cet inconvénient aurait été en partie évité si les maladies générales avaient été étudiées en premier lieu.

Les maladies du système nerveux et de l'appareil respiratoire forment la matière du premier volume, le seul qui soit paru jusqu'à présent. En tête du volume sont placées des considérations générales sur l'état physiologique et sur l'état pathologique de l'enfance, et des indications sur l'examen des enfants malades. Ces premières pages ne sont guère que la reproduction de celles qui existaient dans la seconde édition. Au contraire, l'histoire des maladies du système nerveux qui depuis trente années a subi de si profondes modifications, a été complètement refondue, et renferme un bon nombre de chapitres nouveaux. La description des maladies de l'appareil respiratoire, bien que dans une moindre proportion, a également bénéficié des travaux récents sur la matière. On comprend que nous ne puissions entrer dans les détails, mais si l'on voulait en quelques mots faire le parallèle des éditions successives du *Traité des maladies des enfants*, on pourrait dire que la troisième, plus complète, plus au courant de la science, plus didactique, tend un peu à perdre la note personnelle qui distinguait les deux premières éditions. Hâtons-nous cependant d'ajouter qu'on y retrouve la même direction générale, le même talent d'observation, les mêmes qualités pratiques. Il n'est donc pas téméraire de prédire à cette troisième édition le même succès qu'aux précédentes.

II. Un autre ouvrage qui, sous les apparences plus modestes d'un manuel, a eu une fortune non moins brillante que le livre de MM. Rilliet et Barthez, est le *Manuel pratique des maladies de l'enfance*, de MM. d'Espine et Picot. Les auteurs, anciens internes de l'hôpital des Enfants, et possédant une connaissance approfondie des maladies de l'enfance, avaient eu le mérite de condenser en un petit volume, écrit dans un style clair et précis, toutes les notions essentielles relatives à la pathologie infantile. Les deux premières éditions avaient été rapidement épuisées; la troisième qui vient de paraître, a été tenue avec soin au courant des acquisitions nouvelles; certains articles (scarlatine, rougeole, roséole, paralysie pseudo-hypertrophique, entérites, hémorrhagies des nouveau-nés) ont été entièrement remaniés, beaucoup d'autres ont reçu des additions importantes. Les maladies spéciales aux nouveau-nés sont réunies dans un chapitre à part. Les articles tumeurs malignes, paralysie cérébrale infantile, tabes spasmodique, desquamation épithéliale de la langue sont complètement nouveaux. Enfin, les auteurs ont signalé dans l'introduction les médicaments dangereux pour les enfants et, dans un mémorial thérapeutique placé à la fin du volume, ont indiqué les médicaments les plus usités, avec l'indication de leurs doses et de quelques formules relatives à leur emploi. Cette liste est d'ailleurs très courte et composée seulement de ceux qui sont le plus recommandables.

III. Le *Traité des maladies de l'enfance* de M. Bouchut est arrivé à sa huitième édition et est trop connu pour que nous ayions besoin de lui consacrer une analyse détaillée. Disons seulement qu'il embrasse toute la pathologie infantile, car on y trouve décrites toutes les maladies des nouveau-nés, des enfants à la mamelle et de la seconde enfance, et non seulement les maladies qui sont du ressort spécial de la médecine, mais aussi les maladies dites chirurgicales. Suivant l'expression de l'auteur, « le cadre est complet et entièrement rempli. »

Dans chacune des éditions successives, et spécialement pour cette huitième édition, le livre a été tenu au courant des travaux les plus récents, pour lesquels d'ailleurs M. Bouchut est en droit de revendiquer une part importante.

IV. L'un des points sur lesquels M. Bouchut a, depuis 1862, particulièrement attiré l'attention, était l'étude des altérations de l'œil dans la méningite et des signes que l'examen ophthalmologique peut fournir au diagnostic de cette maladie.

Cette étude a été dernièrement encore reprise par son fils, le Dr Henri Bouchut, dont le travail comprend deux parties : dans la première sont exposés succinctement les résultats que l'ophthalmoscopie peut fournir au diagnostic des maladies cérébro-spinales et des diathèses; la seconde est consacree à l'examen des altérations du fond de l'œil dans la méningite tuberculeuse. Ces altérations peuvent dépendre de deux causes : une cause mécanique empêchant le sang veineux de retourner à l'encéphale; ou une cause inflammatoire, la phlegmasie méningée descendant jusqu'aux membranes nerveuses de l'œil. Dans certains cas, la névro-rétinite existe avant l'apparition des symptômes caractéristiques de la méningite, et l'examen ophthalmoscopique permet alors de faire le diagnostic. Dans d'autres cas, les lésions sont tardives, mais en général les phénomènes intra-oculaires se développent parallèlement et simultanément avec les autres symptômes de la méningite. A. S.

CORRESPONDANCE

Obstétrique : Question de priorité.

A M. le Dr Budin, Professeur agrégé de la Faculté de Médecine de Paris, accoucheur des hôpitaux.

Smyrne (Turquie d'Asie), le 31 juillet 1885.

Monsieur,

Après avoir quitté la France avec le regret de ne plus me trouver dans ce foyer de science dont toutes les issues sont ouvertes à tous les hommes sérieux, je pensai que ce que mes faibles efforts m'ont permis de produire, quelque médiocre qu'il soit, serait au moins considéré comme mien par mes confrères. — Les mêmes circonstances qui m'ont arraché de Paris ne m'ont pas permis, jusqu'en ce moment, de me tenir au courant des travaux de crânioclasie publiés depuis 1882. Aussi viens-je un peu tard protester contre les réclamations mal fondées d'un de mes confrères d'Italie.

Je viens seulement de recevoir la thèse de M. Auvard, qui porte l'empreinte scientifique dont brille tous les travaux sortis de l'école de la Maternité de Paris. Je remercie l'ancien interne de la Maternité d'avoir qualifié ma thèse de doctorat de travail consciencieux. C'est une consolation, car ayant été forcé de terminer et de passer ma thèse à la hâte, la rédaction en a été mauvaise. Le travail de M. Auvard m'apprend que le Dr Rosario Pugliati (de Naples), dans son mémoire que je n'ai pas encore entre les mains, prétend *m'avoir indiqué*, alors qu'il faisait à Paris des expériences en ma présence, le procédé que j'ai donné dans ma thèse comme résultat de mes recherches !

Vous vous rappelez, Monsieur, que le Dr Pugliati, lors de

son séjour à Paris, a fait devant vous, à la clinique d'accouchements, *une seule* expérience cadavérique. Je n'ai donc pas assisté à *des* expériences, comme ose le prétendre le docteur de Naples. Dans ma thèse, pages 37 et 38, je cite cette opération cadavérique, et la manière d'après laquelle elle a été exécutée, et le nom de l'opérateur. Je dis que M. Budin, M. Ribemont et moi étions présents pendant son exécution. J'y indique aussi (expériences *IV* et *X*) les dangers qu'offrirait cette expérience, surtout pendant la *rotation* et *les tractions*, si on l'appliquait chez une femme vivante. Mais tout cela n'a pas suffi pour étouffer les sentiments peu confraternels du Dr Pugliati.

J'ai encore présente à la mémoire l'unique expérience que cet auteur a faite à la clinique de Paris. Je le vois encore opérer de la manière suivante, la tête étant en O. T. G. et maintenue dans le mannequin par son ami le Dr Scilla : 1° Il perfore le crâne. La perforation tombe sur les *pariétaux*; 2° Il introduit la branche intra-crânienne et cherche à défléchir la tête. La déflexion ne se faisant pas, il introduit aussi la branche externe et, maniant *les deux branches* à la fois, il obtient avec difficulté une déflexion presque complète ; 3° Il serre l'écrou. — Mais pendant la déflexion et le serrement des branches, l'orifice de perforation est largement déchiré, et des *esquilles*, qui seraient dangereuses chez la femme vivante, sont mises à nu ; 4° Il fait une rotation *complète* en tournant la branche externe directement *en arrière*, et, de cette façon, place le diamètre *bimalaire* du fœtus dans la direction du diamètre *transverse* du bassin. — Pendant cette rotation la branche externe râcle fortement et déchire le caoutchouc du mannequin contre le promontoire ; ce qui serait également dangereux chez la femme vivante. — (Je dois insister sur ce point : que le quatrième temps de cette expérience a été exécuté par M. Pugliati absolument comme je viens de le décrire.)

Enfin, il tire et fait l'extraction. Mais, pendant les tractions, les esquilles contre le pubis et les bords coupants de la branche externe contre le promontoire font fonction de *couteau*. Ce qui ne serait pas moins dangereux pour la mère.

C'est là *la seule* expérience du Dr Pugliati à laquelle j'ai assisté avec vous, Monsieur, à la clinique de Paris. — Frappé des inconvénients et des dangers que je voyais à chacun des temps de cette opération cadavérique, l'idée me vint de m'occuper du crânioclaste. Ma thèse, remise en décembre 1881 (voir page 8) a été soutenue le 9 janvier 1882. Le travail de M. Pugliati est postérieur au mien. Du reste, ces renseignements me paraissent superflus, vu que l'expérience que le docteur de Naples a faite en ma présence, et mon propre procédé *diffèrent absolument sous tous les points*.

Vous savez, Monsieur, que ce procédé que j'ai donné comme résultat de mes recherches expérimentales est le suivant : 1° Au lieu de commencer par perforer, comme l'a fait (et comme le fait toujours Pugliati (Voir Auvard, pages 124 et 125.), *je défléchis d'abord* la tête avec la *branche fenêtrée*. La déflexion n'exige pas des efforts. Elle est passible, réelle et complète; 2° C'est en ce moment seulement que je fais la perforation. Et je perfore *sciemment* sur le frontal, *très près du nez*, et non au hasard sur les pariétaux ou ailleurs, comme l'a fait et comme le fait toujours le Dr Pugliati (Voir Auvard); 3° C'est dans le troisième temps et non au deuxième, que j'introduis la branche intra-crânienne. Je remonte ensuite l'autre branche que j'avais abaissée pour défléchir, et je serre l'écrou. Pendant le serrement, il ne se produit pas d'esquilles, car la déflexion étant *le premier acte* de mon procédé, cela me permet de perforer le frontal presque au ras de la base du crâne (Voir dans ma thèse, fig. 2, planche IV, la tête de mon expérience XVI perforée près du nez, saisie par les deux branches et dessinée d'après nature); 4° Je fais une rotation incomplète, et non complète, car je place le diamètre bimalaire suivant l'oblique du bassin et non suivant le transverse, comme l'a fait le Dr Pugliati en ma présence. Cela m'évite de contusionner les parties molles contre le promontoire. — La figure schématique 2 de ma thèse, planche III, montre l'expérience du Dr Pugliati au moment où le diamètre bimalaire a été placé *transversalement*. La figure 4 de la même planche montre mon procédé au moment où le diamètre bimalaire est placé *obliquement*. Enfin, je tire et fais l'extraction. L'extraction est facile, la tête glisse jusqu'à la vulve. Le pubis et le promontoire ne sont pas blessés par les esquilles qui n'existent pas, ni par l'instrument qui ne touche presque pas les parois du bassin.

Entre l'expérience du Dr Pugliati, à laquelle j'ai assisté et mon propre procédé, je ne vois que des *différences*. Je mets au défi l'auteur italien d'y trouver des ressemblances. — Du reste, il résulte de la lecture du travail de M. Auvard qu'il existe un procédé Narich et un procédé Pugliati (Voir Auvard, page 123). — Malgré cela, M. Auvard, dans son expérience n° 15 (page 99, § *b*) et seulement à propos de *la direction oblique* que l'on peut donner au diamètre *bimalaire*, donne à ces deux procédés différents le nom collectif de Narich-Pugliati. — Par conséquent, il est évident (et M. Auvard semble l'avoir très bien compris) que l'auteur italien ne devrait me réclamer, s'il avait le droit de le faire, que celui des temps, de mon procédé, qui consiste à placer le diamètre bimalaire *obliquement*. Mais ses prétentions doivent abandonner même ce dernier refuge, car, comme je l'ai dit plus haut, cet auteur, dans son unique expérience faite sous mes yeux, a placé le diamètre bimalaire, non pas obliquement, mais *transversalement*. M. Auvard, page 100, § *a*, parle de cette direction transversale que l'on peut donner au diamètre bimalaire.)

En outre, le travail de M. Pugliati étant postérieur au mien, je puis légitimement croire qu'il a adopté le quatrième temps de mon propre procédé pour perfectionner le sien, et poussa ensuite l'audace jusqu'à prétendre me l'avoir enseigné ! !

L'expérience cadavérique du Dr Pugliati, grâce à ses dangers, m'a fait chercher et trouver une autre manière d'opérer qu'il m'est permis de croire meilleure. — Elle m'a, en outre, fait penser à une petite modification que j'ai apportée au crânioclaste et que j'ai décrite et représentée dans mon deuxième mémoire, intitulé : « *A propos d'une opération de céphalotripsie sans broiement*, etc. A. Delahaye, 1882 ». Grâce à elle, l'instrument a perdu l'inconvénient qu'il avait d'écorcher et de couper les parties molles. Et cette modification m'a été inspirée justement par ce même quatrième temps de l'expérience de Pugliati, dans lequel il a placé le diamètre bimalaire *transversalement* en tournant la branche externe contre le promontoire dont le caoutchouc a été écorché et coupé.

De tout ce qui précède ne résulte-t-il pas que le voyage du Dr Pugliati à Paris ne m'a pas été inutile, et qu'avec un peu de bonne volonté on pourrait accorder à cet auteur quelque droit à ma reconnaissance ? En effet, malgré lui, il m'a... inspiré un procédé et une modification. Je souhaite que tous les étrangers qui vont à Paris rendent les mêmes services à tous les étudiants.

C'est au nom de la vérité que je me suis permis, Monsieur, de vous adresser cette lettre. Et j'aime à croire que vous, monsieur Budin, qui avez été pour moi un maître à qui je dois beaucoup, souffrirez qu'un de vos modestes élèves se mette à l'abri de l'injustice en s'adressant à vous.

Je vous prie, etc. Dr B. NARICH.

BIBLIOGRAPHIE

Lectures sur l'Histoire de la médecine ; par L. THOMAS, sous-bibliothécaire à la Faculté de médecine de Paris, 1 vol. in-8 de 203 p. — Paris, Delahaye et Lecrosnier 1885.

Il y a longtemps que nous attendions les *Lectures* de M. Thomas pour les présenter aux lecteurs du *Progrès médical* et en dire tout le bien que nous en pensions. Leur auteur est un modeste ; il a fait paraître son livre par fragments dans un modeste journal et l'éditeur ne s'est pas mis en frais pour habiller le recueil : les savants ne dédaignent pas la bure. Les sept lectures qui composent l'ouvrage eussent certainement fourni matière à plus d'un volume. M. Thomas a jugé qu'il devait en être autrement ; il nous permettra de ne pas être de son avis. Nous ne lui pardonnons qu'à la condition formelle de nous donner bientôt un nouvel ouvrage. Nous allons lui en fournir le titre.

M. Thomas est un chercheur ; il a découvert un petit

livre fort intéressant dont il nous donne le résumé dans sa première lecture qui traite d'une épidémie, le *cocolisti* ou *matlazahualt* des indiens, qui, au XVIIe siècle, désola la capitale du Mexique : la relation en est fort intéressante. M. Thomas conclut à la fièvre jaune; il y a là un document tout trouvé pour les épidémiologistes.

La deuxième lecture qui traite de la *chirurgie militaire au* XV[e] *et au* XVI[e] *siècle* est certainement l'une des plus importantes du volume. Pendant tout le moyen âge, il n'y eut pas à proprement parler, de chirurgiens militaires : les grands emmenaient avec eux en campagne leurs médecins domestiques qui les soignaient lorsqu'ils étaient blessés : quant aux soldats, qui ne recevaient que les secours de quelques barbiers interlopes, ce qui pouvait leur arriver de mieux, c'était d'être jetés raides morts dans un fossé, par une bonne arquebusade. Ce furent pourtant ces barbiers qui formèrent le noyau des chirurgiens d'armée, car les chirurgiens de Saint-Côme n'auraient pour rien au monde quitté leur clientèle pour courir la campagne à leurs risques et périls. Quelques-uns d'entre eux néanmoins se dévouèrent, et l'histoire nous a conservé les noms de Braunschweig, de Gesdorf, de Gale, de Micr Bartolomeo et d'A. Paré. C'est en réunissant une grande quantité de documents épars et pour la plupart jusqu'à présent inconnus, que M. Thomas a pu étudier la physionomie générale du service de santé militaire pendant ces périodes chez les diverses nations européennes.

La *Médecine dans Macrobe* est une analyse des plus délicates de l'œuvre de cet auteur. M. Thomas fait, à la mode antique, parler des interlocuteurs : la scène se passe en 422; cette reconstitution historique est des mieux réussies.

Il est bien intéressant *l'étudiant en médecine d'il y a 900 ans* que nous présente M. Thomas. C'est un pauvre bénédictin venu à Reims suivre les leçons du savant Gerbert d'Aurillac. Mais Gerbert ne connaît que Cornélius Celse et des fragments de Pline ; aussi notre étudiant brûle-t-il d'aller à Chartres près du clerc Héribrand, fort versé, dit-on, dans la science des livres hippocratiques. Le voilà parti, monté sur un vieux cheval, malgré la défense de son abbé qui lui a tout refusé, argent et provisions de route ; il loge dans les couvents qui se trouvent sur son chemin, s'égare quelquefois et arrive enfin près de Héribrand qui lui permet de commenter avec lui « le livre qu'on appelle la *Concordance* d'Hipocrate de Galien et de Soranus. » Aussi devient-il le savant Richer qui nous a laissé un livre fort important sur les institutions de l'époque ancienne et assez mal connue où il vivait.

C'est en cherchant à *travers les papiers du docteur Ribeiro Sanchez*, qui écrivait au XVIII[e] siècle, que M. Thomas a trouvé un manuscrit où sont accumulées les preuves historiques les plus convaincantes de l'origine ancienne de la vérole. Nous ne pouvons rien dire de cette lecture; nous lui avons autrefois emprunté des armes excellentes pour combattre l'origine américaine de la syphilis.

Nous n'en dirons pas davantage, bien que la *Gregoria Turonensis episcopi pathologia*, et le *Merveilleux en pathologie* ne soient nullement inférieurs aux précédentes lectures ; nous voulons, néanmoins, en terminant, faire une remarque générale. De la lecture de ce livre, il ressort très nettement que M. Thomas possède à fond l'histoire du moyen âge; qu'il en connaît aussi bien les institutions médicales que les institutions politiques, ce qui n'est pas donné à tout le monde. Cette époque, si intéressante a été fort négligée, et, un bon chapitre d'histoire médicale s'y rapportant est bien difficile à trouver. M. Thomas, qui est un linguiste de premier ordre nous semble tout désigné pour l'écrire avec autorité ; il mettra le médecin bien au milieu de son temps: nous y aurons double bénéfice.

GILLES DE LA TOURETTE.

VARIA

Choléra.

Espagne. — L'épidémie tend à décroître lentement dans les provinces primitivement atteintes ; toutefois le chiffre de la mortalité y est encore très élevé. Les provinces de Cadix et de Santander (130 cas et 56 décès, le 1[er] septembre) sont actuellement atteintes.

	26 AOUT.		27 AOUT.		28 AOUT.		29 AOUT.		30 AOUT.		31 AOUT.		1[er] SEPTEMBRE	
PROVINCES :	*Cas.*	*Décès.*	*Cas.*	*Décès.*	*Cas.*	*Décès.*	*Cas.*	*Décès.*	*Cas.*	*Décès.*	*Cas.*	*Décès.*	*Cas.*	*Décès.*
Alicante	84	30	105	35	93	42	62	32	56	29	35	13	37	12
Badajoz	3	1	3	»	3	»	2	1	2	1	»	»	»	»
Jaen	41	19	30	21	29	16	51	17	»	»	»	»	12	8
Murcie	119	44	163	43	79	25	91	27	99	47	76	25	62	27
Tarragone	70	32	70	19	»	»	80	17	67	25	69	17	57	10
Albacète	87	24	107	39	96	72	60	15	89	20	91	17	55	16
Tolède	163	56	148	53	120	59	160	74	100	44	108	35	69	32
Grenade	144	148	416	169	540	153	351	121	366	104	308	80	186	85
Sarragosse	493	186	443	135	410	114	241	75	348	106	341	107	299	96
Castellon	95	34	92	28	83	29	86	31	58	23	82	25	68	24
Terruel	278	80	339	94	234	60	233	72	235	15	223	50	140	46
Cordoue	153	52	168	38	110	38	83	39	89	34	82	22	62	25
Valence	106	32	72	31	67	28	70	21	98	15	51	17	23	12
Zamora	96	13	152	28	38	17	36	8	122	31	9	3	105	14
Soria	101	33	76	16	86	20	61	12	71	10	65	19	63	13
Ségovie	33	8	39	11	27	17	31	13	39	10	377	13	30	12
Navarre	117	69	284	80	252	69	296	98	239	59	312	71	74	20
Lerida	88	42	72	35	60	36	83	23	26	30	72	36	70	27
Gerone	35	4	43	24	42	15	30	9	43	29	»	»	36	16
Palencia	76	19	75	17	37	22	39	7	219	38	3	»	96	26
Salamanque	7	5	12	3	32	21	14	1	17	7	35	5	53	15
Guadalajara	23	17	26	11	35	10	27	12	32	12	26	17	34	13
Burgos	32	9	45	15	46	21	26	6	28	8	357	112	9	4
Cuenca	294	154	218	70	170	70	121	56	110	50	149	48	219	64
Ciudad-Real	129	37	111	30	109	59	158	77	104	53	91	54	77	33
Huesca	116	21	142	25	85	19	110	21	80	23	87	24	105	24
Valladolid	236	74	325	80	204	62	295	57	214	65	124	41	207	69
Almeria	441	99	493	121	»	»	340	104	220	100	391	112	326	96
Barcelone	117	61	117	59	122	62	125	105	126	64	156	44	111	54
Logrono	89	22	71	22	101	20	81	13	91	22	827	130	55	13
Malaga	75	17	55	28	57	23	65	22	123	47	134	30	106	51
Madrid	25	19	21	6	17	16	24	13	18	8	16	11	7	9
Environs	122	35	106	37	82	25	105	22	101	28	81	22	55	19
Cadix	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	107	60	27	12
Santander	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	135	56

France. — A *Marseille* et à *Toulon* l'épidémie semble entrer dans une période de décroissance. On signale quelques nouveaux foyers : un cas à *Montagnac* (Hérault), un cas à *Nimes*, 2 cas suspects à *Cette*, un cas à *Entrecasteaux*, (Var), 5 cas et 2 décès à *Puimichel* (Basses-Alpes), 2 décès à *Dellys* et 1 à *Oran*, à *Bône* (Algérie). On continue à enregistrer quelques décès cholériques à *Salon*, à *Saint-Chamas*, à *Cornillon*, à *Alger*. — Le Dr FRANCK, secrétaire du Dr Koch, est arrivé le 25 août à Marseille.

	MARSEILLE.		PHARO.		
	Cas.	Décès.	Entrées.	Guérisons.	Décès.
27 août. . .	»	31	5	10	4
28 — . .	»	28	9	6	4
29 — . .	»	25	7	9	4
30 — . .	»	24	5	»	4
1er septemb.	»	25	6	3	2
2 — . .	»	20	4	2	4

Nous trouvons dans la *Lanterne* du 31 août, la lettre suivante :

« Permettez à un Toulonnais, lecteur de votre feuille, d'exprimer le sentiment unanime de la population toulonnaise en présence de l'épidémie cholérique qui sévit actuellement sur notre ville. Je n'ai aucun chiffre à vous donner, les télégrammes que vous recevez suffisent à dire la terrible réalité. Mais — et que l'on le sache en haut lieu — le choléra de 1885 n'est pas la continuation de 1884 et l'épidémie toulonnaise actuelle n'est pas produite par le choléra qui sévit à Marseille. Les cas sont foudroyants ; nous avons choléra et typhus. Qui est atteint meurt. Le choléra règne à Marseille depuis les premiers jours de juin 1885. Jusqu'au 5 août la situation sanitaire à Toulon a été excellente. Mais le *Vinh-Long* arrive, ce transport a jeté à la mer 36 morts ; le jour de son arrivée un homme est conduit à l'hôpital, il y meurt immédiatement. Ce bateau ne fait aucune quarantaine. A quoi bon? La marine n'est-elle pas infaillible? Et le lendemain de l'arrivée du *Vinh-Long*, le choléra et quel choléra ! éclate à Toulon frappant plus violemment qu'en 1884 et faisant autant de victimes que de personnes atteintes. Les Toulonnais ont eu confiance, ils sont maintenant abattus. Le nombre des émigrants augmente chaque jour et, ce qui est plus grave encore, l'escadre, notre superbe escadre, est atteinte par le fléau ! Qu'en résultera-t-il? Quelles victimes nous faudra-t-il pleurer ? Ah ! monsieur le Ministre de la marine, l'Administration que vous dirigez est bien coupable ! Quand donc votre gouvernement voudra-t-il ouvrir les yeux ? En 1884, la *Sarthe*. — En 1885, le *Vinh-Long*. Ce sera ensuite au tour du *Château-Yquem* qu'on n'a pas voulu recevoir à Singapour, malgré ses 40 malades et ses 10 décès cholériques, puis encore au tour de l'*Eclaireur* ; puis enfin au tour de tous nos bateaux qui reviennent du Tonkin avec le choléra à bord ; du Tonkin où l'on est allé pour amener à bonne fin cette sinistre et cruelle ferrystérie ! »

Toulon. — Le choléra a éclaté parmi l'escadre en station à Toulon, et y a fait déjà un certain nombre de victimes.

Suisse. — Dans sa séance de jour, le Conseil fédéral, vu l'extension du choléra à Marseille, a déclaré en vigueur pour les parties de la Suisse limitrophes à la France, les mesures prophylactiques énoncées sous le titre I, chiffre 3, et sous le titre II, chiffres 1 et 4 de la circulaire du 4 juillet 1884, ainsi que dans les titres I et II, chiffres 1 à 4 du règlement de la même date. En même temps, l'introduction des chiffons, des objets de literie usagés, des vieux vêtements non lavés, venant de France, est interdite, excepté le bagage des voyageurs.

Italie. — Plusieurs journaux annoncent l'apparition du choléra aux environs de *Naples*, ou a *Trivio*, commune de Moranola, dans l'arrondissement de Gaëte ; dans cette dernière commune il y aurait eu un premier cas le 6 aout. plusieurs autres les jours suivants, un décès le 27 aout et quatre cas le 29 aout ; cette commune a été isolée. L'importation du choléra serait due à un paquet postal contenant des vêtements provenant de Marseille.

Japon. — Le choléra aurait éclaté à Nangasaki.

Suites de l'affaire Schweninger.

La pénible affaire Schweninger continue à ne pas être apaisée, quoique les principaux intéressés se soient calmés depuis le vote à la chambre des députés prussienne. Dans le monde médical, le scandale a eu un épilogue très grave. Le « *Berliner Tagblatt.* » nous l'apprend en ces termes :

« Dans le célèbre débat du Landtag prussien (26 février 1885), où l'on discuta l'opportunité d'accorder une solde de professeur à M. Schweninger le député national libéral, Dr GRAFF (Elberfeld), parla en faveur du projet avec si peu de tact, que le leader du parti national libéral dut venir à son secours. Déjà à cette époque, le député professeur VIRCHOW avait été obligé de faire comprendre au Dr GRAFF, que : « son enthousiasme pour cette question dépassait vraisemblablement un peu le but à atteindre. » Mais le monde médical, surtout à Berlin, fut bien autrement indigné sur la manière dont fut défendu le projet gouvernemental par le Dr GRAFF ; ce dernier s'était en effet permis de faire un parallèle entre VIRCHOW et *Schweninger*.

Le conseiller sanitaire Dr GRAFF est, comme on sait, depuis bien des années président du « *Deutscher Aerztevereinsbund* » ; cette distinction surtout, lui a donné de l'importance politique. Les sociétés médicales semblent avoir attendu de lui, dans cette occasion, une vigoureuse défense des intérêts professionnels, qui semblaient lésés dans l'affaire Schweninger. Or il fit tout le contraire de ce que son devoir de président de société et de médecin exigeait, de l'avis de ses confrères. On pensa dès lors qu'il n'y avait pas lieu de s'attendre, de la part du Dr Graff, à une activité pouvant contribuer à la prospérité des intérêts professionnels. Plusieurs journaux médicaux publièrent des articles dans ce sens : il en résulta que le comité de l'Aerztevereinsbund se réunit à Berlin pour traiter la question, qu'elle déclara les griefs élevés contre le Dr GRAFF non fondés et qu'elle donna dans l' « *Aertzliche Vereinsblatt* » le texte exact de la discussion du Landtag. C'était jeter de l'huile sur le feu : dans les huit réunions d'arrondissements des médecins Berlinois, et dans leur comité central, on commença une agitation considérable contre la réélection éventuelle du Dr GRAFF comme président de l' « Aertztevereinsbund ».

La société de l'arrondissement de Berlin-Ouest commença le feu, le conseiller médical intime Dr *Liman* proposa en personne de faire tous les efforts nécessaires, pour empêcher la réélection du Dr GRAFF, à cause de ses discours au Landtag dans l'affaire Schweninger. La proposition fut, il est vrai, repoussée ; on vota l'ordre du jour, mais on le motiva en désapprouvant en termes formels le Dr GRAFF. La société de Berlin S.-O., adopta au contraire une motion de blâme contre le Dr Graff, et une protestation contre la réélection éventuelle de celui-ci. Les autres sociétés agirent à peu près de même, mais passèrent à l'ordre du jour à cause des services rendus jusque là par le Dr GRAFF. Dans la société de Kœnigstadt, le débat fut très vif : des membres autorisés firent ressortir que la position du Dr GRAFF eût dû lui imposer plus de retenue, pour qu'on ne pût pas même se laisser aller à penser, dans le public, que la totalité des médecins allemands fût en dissentiment avec la faculté de Berlin. C'était déjà une lourde faute du Dr GRAFF d'avoir parlé dans l'affaire *Schweninger*. Mais se laisser aller à faire un parallèle entre Virchow et Schweninger constituait « un acte inqualifiable, contre lequel le monde médical entier devait protester. » Le représentant Berlinois du comité central de l'association des médecins allemands, le conseiller sanitaire intime Dr Rintel, qui avait contresigné la déclaration du comité central dont nous avons parlé plus haut, dut avouer, que le Dr Graff était sans doute allé plus loin qu'il ne l'avait voulu d'abord. La société médicale de la Louisenstadt décida d'enjoindre aux délégués qu'elle enverrait le 11 septembre à Stuttgard pour la 13e réunion plénière des médecins allemands de ne pas réélire le président actuel Dr GRAFF. Elle proposa même au comité central, que le président central de l'Aerztevereinsbund ne fût plus nommé par les membres du comité central, mais bien par les délégués des diverses sociétés, de façon à empêcher la réélection possible du Dr Graff.

Ce dernier se crut alors obligé de donner, en présence d'une telle agitation, sa démission de président. Le comité central a cependant refusé cette démission et en donne les raisons dans le dernier numéro de l' « *Aertzliche Vereinsblatt* ». On remarque dans ce factum, dont le ton rappelle maintes fois une remontrance pédagogique adressée à des élèves turbulents, les phrases suivantes : Le comité central estime que seuls, des malentendus et des dissentiments politiques ou autres avaient pu être la cause de cette campagne contre le Dr Graff. Le comité le déplore vivement, car ces faits peuvent porter une grave atteinte. Le comité, en présence de [illegible], se déclare solidaire du Dr Graff, la grande majorité des sociétés locales est certainement ennemie de toute agitation ultérieure, et voudra ne pas perdre de vue les intérets si bien défendus de la cause médicale, depuis 12 ans : de cette façon le vote de la 13e réunion plénière sera équitable. »

Le comité central qui donne ainsi sur les doigts au monde médical berlinois tout entier, se compose des docteurs suivants : AUBE (Feuchtwangen), BRAUSER (Ratisbonne), COHEN (Hanovre), ESCHBACHER (Fribourg en Brisgau), HEINZE (Leipzig), LESENBERG (Rostock), PEIFFER (Weimar), RINTEL (Berlin), PFEIL (Stuttgard et WALLICHS (Altona).

Nous craignons qu'à la suite de ces faits la brouille soit inévitable entre les médecins berlinois et l'Aerztevereinsbund (*Wiener med. Presse*, 26 juillet 1885.)

Affaire de l'hôpital Saint-Louis.

Dans notre dernier numéro, nous avons signalé la condamnation d'un interne en médecine, et nous avons relevé ce fait : qu'aucune poursuite n'avait été exercée contre la religieuse, qui de sa propre

autorité avait administré le médicament à un autre malade. Dans son numéro du 31 août, la *Justice* s'étonne aussi de cette inégalité ;

« Il y a eu, dit-elle, deux homicides, on a poursuivi l'auteur du premier et on a bien fait; mais pourquoi n'a-t-on pas poursuivi l'auteur du second homicide ? Il y a eu imprudence, il y a eu bien plus, il y a eu désobéissance formelle aux règlements qui défendent d'administrer une potion sans ordre du médecin. Le délit est constant, indéniable, avoué. Pourquoi la justice reste-elle impassible ? Parce que l'auteur du second délit est une sœur.

« Ainsi, l'égalité devant la loi est un mensonge ; il suffit de porter l'habit congréganiste, la robe de religieuse, pour échapper aux poursuites. Je vous signale ce fait, il est édifiant. »

Qu'il nous soit permis de rappeler, que dans un cas semblable, une surveillante laïque a été condamnée. Nous ajoutons que dans ce cas la surveillante laïque n'avait fait qu'obéir aux ordres de l'Administration.

Les Etudiants au XVII[e] siècle.

M. Forne, administrateur de l'Hôtel Dieu de Paris, s'est plaint qu'un chirurgien demeurant dans l'Hostel Dieu, a donné dans l'église dudict Hostel Dieu, en *présence du Saint Sacrement*, un souflet à un compagnon chirurgien ordinaire dudict Hostel Dieu. Surquoy ledict chirurgien mandé, est venu au Bureau, aiant avoué avoir donné le souflet, dont il demande pardon à *la Compagnie*, mais aiant adjouté que c'estoit sur le perron, et hors de l'Eglise dudict Hostel Dieu. La Compagnie l'a réprimandé de son insolence, lui a fait défenses d'y récidiver, sur peine d'estre chassé de l'Hostel Dieu, sans espérance d'y rentrer (1) ROUSSELET.

Enseignement médical libre.

Cours complet d'accouchements. — M. le Dr VERRIER, ancien préparateur des cours de M. le professeur Pajot à la Faculté de Médecine, commencera son cours des vacances le samedi, 14 septembre, à 5 heures, 129, rue Saint-Honoré. Il le continuera tous les jours à la même heure; le jeudi excepté. — MM. les élèves seront exercés au toucher et aux manœuvres avec les anciens et les nouveaux instruments. Le cours sera terminé fin octobre. — On s'inscrit chez M. le Dr VERRIER, 129, rue Saint-Honoré de 11 à 1 heure.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 23 août au samedi 29 août 1885, les naissances ont été au nombre de 1,220 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 468; illégitimes, 167. Total, 635. — *Sexe féminin* : légitimes, 441 ; illégitimes, 144. Total, 585.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 23 août au samedi 29 août 1885, les décès ont été au nombre de 949, savoir : 493 hommes et 456 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typheide : M. 21. F. 15. T. 36. Variole : M. 2 F. 2, T. 4. — Rougeole : M. 6, F. 8, T. 14. — Scarlatine : M. 2 F. 2 T. 4. — Coqueluche : M. 0, F. 2. T. 2. — Diphthérie, Croup : M. 7 F. 8, T. 15. — Dyssenterie : M. 2. F. 1, T. 3. — Erysipèle : M. 1, F. 5 T. 6. — Infections puerpérales : 5. — Autres affections épidémiques : M. ., F. ., T. .. — Méningite tuberculeuse et aiguë : M. 12 F. 14, T. 26. — Phthisie pulmonaire : M. 110, F. 71 T. 181. — Autres tuberculoses : M. 17, F. 10. T. 27. — Autres affections générales : M. 20, F. 34. T. 54. — Malformations et débilité des âges extrêmes : M. 17, F. 17, T. 34. — Bronchite aiguë : M. 6, F. 9. T. 15. — Pneumonie : M. 31, F. 28, T. 59. — Athrepsie : M. 73, F. 65. T. 138. — Autres maladies des divers appareils : M. 135, F. 144, T. 279. — Après traumatisme : M. ., F. ., T. .. — Morts violentes : M. 19, F. 9. T. 28. — Causes non classées M. 12, F. 7, T. 19.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 89 qui se décompesent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 41; illégitimes, 11. Total : 52. — *Sexe féminin* : légitimes, 26 ; illégitimes, 11. Total : 37.

CONCOURS DU CLINICAT. — Ce concours s'est terminé par la nomination de MM. SIREDEY et CAPITAN (*clinique médicale*) ; — BABINSKY (*clinique nerveuse*) ; — adjoints : Duplaix et Martinet. — Nos lecteurs applaudiront avec nous à la nomination de notre ami le Dr Capitan.

CONCOURS POUR LE CLINICAT DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — Le 29 octobre 1885, il sera ouvert devant cette Faculté, des concours pour quatre places de chefs de clinique : A, médicale ; B, chirurgicale ; C, obstétricale ; D, ophthalmologique.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. LUTZ, agrégé près la Faculté de médecine de Paris, est maintenu en exercice pendant l'année scolaire 1885-1886.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — Sont maintenus dans les fonctions de maîtres de conférences à la Faculté mixte de médecine et pharmacie de Bordeaux; pour l'année scolaire 1885-1886 : MM. LEFOUR, accouchements ; CARLES, chimie et pharmacie ; BERGONIE, physique ; PÉRIER, histoire naturelle.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE. — M. LEROY, agrégé près la Faculté mixte de médecine et pharmacie de Lille, est maintenu dans les fonctions de chargé de cours de pathologie interne à ladite Faculté, pendant l'année scolaire 1885-1886. — M. WANNEBROUCQ, professeur à la Faculté mixte de médecine et pharmacie de Lille, est maintenu, pour cinq ans, dans les fonctions de doyen de ladite Faculté.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — M. GUINIER (Auguste-François-Marie), docteur en médecine, est institué, pour une période de trois ans, chef de clinique obstétricale à la faculté de médecine de Montpellier, en remplacement de M. Gerbaut, dont le temps d'exercice est expiré. M. SAUSSOL (Adrien-Joseph), docteur en médecine, est institué, pour une période de trois ans, chef de clinique chirurgicale à la faculté de médecine de Montpellier, en remplacement de M. Guibal, dont le temps d'exercice est expiré.

HOTEL-DIEU. *Concours.* — Un concours pour une place de médecin suppléant des hôpitaux et hospices civils de Reims, vient d'avoir lieu à l'Hôtel-Dieu. M. le Dr Colleville, ancien interne des hôpitaux de Paris, a été, à la suite de ce concours, présenté à la nomination de l'administration des hospices.

FACULTÉ DES SCIENCES DE PARIS. — M. RAFFY, docteur ès sciences, est nommé, pour l'année scolaire 1885-1886, maître de conférences de mathématiques à la Faculté des sciences de Paris. — M. POINCARÉ, docteur ès sciences, est chargé, à partir du 1er novembre 1885, du cours de mécanique physique et expérimentale à la Faculté des sciences de Paris. — M. BOUQUET, professeur de calcul différentiel et intégral à la Faculté des sciences de Paris, est autorisé à se faire suppléer, pendant l'année scolaire 1885-1886, par M. PICARD, docteur ès sciences. Un congé d'inactivité est accordé, pour raisons de santé, pendant l'année scolaire 1885-1886, à M. JOLIET, maître de conférences de zoologie à la Faculté des sciences de Paris. Sont maintenus, pour l'année scolaire 1885-1886, dans les fonctions de maîtres de conférences à la Faculté des sciences de Paris : MM. CHATIN, anatomie et zoologie ; JANNETTAZ, minéralogie ; JOLY, chimie ; MOUTON, physique ; PRUVOT, zoologie ; PUISEUX, mécanique et astronomie ; RIBAN, chimie ; SALET, chimie ; VÉLAIN, géologie.

FACULTÉ DES SCIENCES DE BESANÇON. — Un congé pour l'année scolaire 1885-1886, est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. CROULLEBOIS, professeur de physique à la Faculté des sciences de Besançon. — M. LAGARDE, docteur ès sciences, est chargé à titre de suppléant, pour l'année 1885-1886, du cours de physique de ladite Faculté. — M. MAGNIN, docteur ès sciences, est maintenu, pour l'année scolaire 1885-1886, dans les fonctions scolaires de maître de conférences de botanique de ladite faculté de Besançon.

FACULTÉ DES SCIENCES DE BORDEAUX. — Sont maintenus pour l'année scolaire 1885-1886, dans les fonctions de maîtres de conférences à la Faculté des sciences de Bordeaux : MM. KUNSTLER, docteur ès sciences, zoologie ; JOANNÈS, docteur ès sciences, chimie ; ROGIER, agrégé des sciences, botanique, — M. de LAGRANDRAL, professeur agrégé au lycée de Bordeaux, est chargé en outre de faire deux conférences de mathématiques par semaine à la Faculté des sciences de cette ville pendant l'année scolaire 1885-1886.

FACULTÉ DES SCIENCES DE CAEN. — Sont maintenus, pour l'année scolaire 1885-1886 dans les fonctions de maîtres de conférences à la Faculté des sciences de Caen : MM. de FOVERAND, docteur ès sciences, chimie ; HUET, docteur ès sciences, zoologie ; LECORNU, docteur ès sciences, physique ; PAUCHON, docteur ès sciences, physique.

FACULTÉ DES SCIENCES DE CLERMONT. — M. COLARDEAU, professeur agrégé au lycée de Clermont, est chargé en outre de faire deux conférences de physique par semaine à la Faculté des sciences de cette ville, pendant l'année scolaire 1885-1886. M. GIROD, docteur ès sciences est maintenu pour l'année 1885-1886, dans les fonctions de maître de conférences de sciences naturelles à la Faculté des sciences de Clermont.

FACULTÉ DES SCIENCES DE DIJON. — M. FORQUIGNON, docteur ès sciences est maintenu pour l'année scolaire 1885-1886 dans les fonctions de chargé d'un cours complémentaire de chimie à la Faculté des sciences de Dijon. — M. RIBOT, professeur agrégé au lycée de Dijon, est chargé en outre de faire deux conférences de mathématiques par semaine à la Faculté des sciences de cette ville, pendant l'année scolaire 1885-1886.

FACULTÉ DES SCIENCES DE GRENOBLE. — M. COLLET, pro-

(1) *Arch. de l'Assistance publique*, 4 février 1660, 28e registre.

fesseur de calcul différentiel et intégral à la Faculté des sciences de Grenoble est chargé en outre pour l'année 1885-1886, d'un cours complémentaire d'astronomie à ladite Faculté.

FACULTÉ DES SCIENCES DE LILLE. — Sont maintenus pour l'année scolaire 1885-1886 dans les fonctions de maîtres de conférences à la Faculté des sciences de Lille : MM. DAMIEN, docteur ès sciences, physique ; BARROIS, docteur ès sciences, géologie ; LEFÈVRE, professeur agrégé au lycée de Lille, est chargé, en outre, de faire deux conférences de mathématiques par semaine à la Faculté des sciences de cette ville, pendant l'année scolaire 1885-1886.

FACULTÉ DES SCIENCES DE LYON. — M. VIOLLE, professeur de physique à la Faculté des sciences de Lyon, est autorisé à se faire suppléer, pour l'année scolaire 1885-1886 par M. GOUY, docteur ès sciences. Sont maintenus pour l'année scolaire 1885-1886 dans les fonctions de maîtres de conférences à la Faculté des sciences de Lyon : MM. CHARBONNEL-SALLE, docteur ès sciences, zoologie ; ROUX, licencié ès sciences, chimie industrielle. — M. GRIVAUX, professeur agrégé au lycée de Lyon, est chargé en outre de faire deux conférences de physique par semaine à la Faculté des sciences de cette ville, pendant l'année scolaire 1885-1886. Sont maintenus, pour l'année scolaire 1885-1886 dans les fonctions de chargé de cours complémentaires à la Faculté des sciences de Lyon : MM. LACHMANN, licencié ès ciences, botanique ; GONNESSIAT, licencié ès sciences, astronomie ; M. RIGOLLOT, licencié ès sciences, est maintenu pour l'année 1885-1886 dans les fonctions de chef des travaux de physique à la Faculté des sciences de Lyon. — M. LOUISE, docteur ès sciences, est nommé pour l'année scolaire 1885-1886, maître de conférences de chimie à la Faculté des sciences de Lyon.

FACULTÉ DES SCIENCES DE MARSEILLE. — M. DUVILLIER, professeur de chimie industrielle à la Faculté des sciences de Marseille, est autorisé à se faire suppléer pour l'année scolaire 1885-1886, par M. KLEIN, docteur ès sciences. — M. MACÉ DE LÉPINAY, docteur ès sciences, est maintenu, pour l'année scolaire 1885-1886, dans les fonctions de maître de conférences de physique à la Faculté des sciences de Marseille. — M. VAYSSIÈRE, docteur ès sciences, est nommé, pour l'année scolaire 1885-1886, maître de conférences d'anatomie au laboratoire de zoologie marine annexé à la Faculté des sciences de Marseille. — M. VALLERAND, professeur agrégé au lycée de Marseille, est chargé en outre de faire deux conférences de minéralogie par semaine à la Faculté des sciences de Marseille, pendant l'année scolaire 1885-1886. — M. AMIGUES, professeur agrégé au lycée de Marseille, est chargé en outre, pour l'année scolaire 1885-1886, d'un cours complémentaire de mathématiques (deux leçons par semaine) à la Faculté des sciences de cette ville. Sont maintenus, pour l'année scolaire 1885-1886, dans les fonctions de chargés de cours complémentaires à la Faculté des sciences de Marseille. MM. JOURDAN, docteur ès sciences, zoologie. M. FAUCHON, docteur ès sciences, botanique.

FACULTÉ DES SCIENCES DE MONTPELLIER. — M. de ROUVILLE, professeur à la Faculté des sciences de Montpellier, est maintenu, pour trois ans, dans les fonctions de doyen de ladite Faculté, à partir du 1er novembre 1885. — Sont maintenus, pour l'année scolaire 1885-1886, dans les fonctions de maîtres de conférences à la faculté des sciences de Montpellier : MM. DESTREM, docteur ès sciences, chimie ; DAUTHEVILLE, docteur ès sciences, mathématiques ; GARBE, agrégé des sciences, physiques ; CURIE, agrégé des sciences, minéralogie ; M. ROUZAUD, docteur ès sciences, est nommé, pour l'année scolaire 1885-1886, maître de conférences de sciences naturelles à la Faculté des sciences de Montpellier.

FACULTÉ DES SCIENCES DE NANCY. — Sont maintenus, pour l'année scolaire 1885-1886, dans les fonctions de maîtres de conférences à la Faculté des sciences de Nancy : MM. BLONDLOT, docteur ès sciences, physique ; GUICHARD, docteur ès sciences, mathématiques. Sont maintenus, pour l'année scolaire 1885-1886, dans les fonctions de chargés de cours complémentaires à la même Faculté : MM. GUNTZ, docteur ès sciences, chimie générale : KOEHLER, docteur ès sciences, zoologie ; WOHLGEMUTH, docteur ès sciences, géologie. Sont maintenus, pour l'année scolaire 1885-1886, dans les fonctions de chargés de cours complémentaires à ladite Faculté : MM. MILLOT, météorologie ; HERVIEUX, mathématiques.

FACULTÉ DES SCIENCES DE POITIERS. — M. GUITTEAU, préparateur à la Faculté des sciences de Poitiers, est chargé en outre de conférences de chimie à ladite Faculté, pendant l'année scolaire 1885-1886. M. TISSIER, professeur agrégé au lycée de Poitiers, est chargé en outre, pour l'année scolaire 1885-1886, d'un cours complémentaire de physique (2 leçons par semaine) à la Faculté des sciences de cette ville.

FACULTÉ DES SCIENCES DE RENNES. — M. MOLK, docteur ès sciences est maintenu, pour l'année scolaire 1885-1886, dans les fonctions de maître de conférences mathématiques à la Faculté des sciences de Rennes. M. DEFRANCE, professeur au lycée de Rennes, est chargé en outre, pour l'année scolaire 1885-1886, d'un cours complémentaire des sciences naturelles (2 leçons par semaine) à la Faculté des sciences de cette ville.

FACULTÉ DES SCIENCES DE TOULOUSE. — Un congé, pour l'année scolaire 1885-1886, est accordé, sur sa demande, à M. FABRE, chargé des fonctions de maître de conférences de chimie à la Faculté des sciences de Toulouse, M. CHAUVIN, agrégé des sciences, est maintenu, pour l'année scolaire 1885-1886, dans les fonctions de maître de conférences de physique à la Faculté des sciences de Toulouse. — M. ANDOYER, agrégé des sciences, est maintenu, pour l'année scolaire 1885-1886, dans les fonctions de chargé de conférences de mathématiques à la Faculté des sciences de Toulouse. M. ROUQUET, docteur ès sciences, professeur au lycée de Toulouse, est chargé en outre de faire deux conférences de mathématiques par semaine à la Faculté des sciences de cette ville, pendant l'année scolaire 1885-1886. M. CARALP, licencié ès sciences, préparateur à la Faculté des sciences de Toulouse, est chargé en outre de faire trois conférences de géologie et minéralogie par semaine à ladite Faculté, pendant l'année scolaire 1885-1886.

ECOLE DE PHARMACIE DE PARIS. — M. JOUBERT (Georges-Alexandre), bachelier ès lettres et ès sciences, est nommé préparateur adjoint des cours d'histoire naturelle à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, en remplacement de M. PLUSZEZEWSKI, dont la délégation est expirée.

HONORAIRES. — Le *Journal Officiel* du 25 juillet publie le rapport de la Commission sénatoriale chargée d'examiner la pétition que M. le Dr Douvre (de Rouen) a adressé le 26 mars dernier, au nom de l'Association des médecins de la Seine-Inférieure. Cette pétition, qui demande la modification législative de l'article 2101 du Code civil, concernant les honoraires pour soins de la dernière maladie dans les cas de faillite ou de déconfiture, est revêtue de 2148 signatures et 52 associations médicales ont répondu à l'appel de notre confrère.

Le rapporteur, M. Libert, dit en terminant : « La réforme qui vous est demandée semble donc absolument légitime ; mais n'appelle-t-elle pas un complément ? D'après la jurisprudence, les termes : la dernière maladie ne s'applique pas aux maladies des enfants ou proches parents du débiteur. « En conséquence, votre Commission a l'honneur de proposer au Sénat de renvoyer cette pétition, et les modifications qu'elle demande à l'article 2101 du Code civil, à M. le garde des sceaux, en la recommandant à tout son intérêt, et convaincue qu'il voudra bien faire droit à une demande qui est commandée à la fois par la logique, par le bon sens et par l'humanité.

CENTENAIRE DE M. CHEVREUL. — C'est le 31 août que M. CHEVREUL (Michel-Eugène), membre de l'Institut de France (Académie des sciences, section de chimie), est entré dans sa centième année. Il est né à Angers (Maine-et-Loire), le 31 août 1786. Il fait partie de la docte assemblée depuis le 7 août 1826, en remplacement de Proust. Nous n'avons pas à rappeler les titres du « doyen des étudiants de France », comme il se plaît à le dire.

NÉCROLOGIE. — Le *Libéral de Seine-et-Oise* annonce la mort, à Versailles, du Dr BÉRIGNY. C'était un homme dévoué, un républicain d'ancienne date, un patriote ardent. Il a consacré une partie de sa vie à des études météorologiques du plus grand intérêt, sur l'état de l'atmosphère de Versailles pendant 36 ans.

— Le Dr Angel FRANCA (de Tudela) dont nous avons annoncé la mort dans le dernier numéro, d'après les journaux espagnols, écrit qu'il est en parfaite santé.

Dr GOLDSCHMIDT. — Madère, station d'hiver ; 1 volume in-8, prix : 2 francs, en vente chez A. Delahaye et Emile Lecrosnier, place de l'Ecole-de-Médecine, à Paris.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie HACHETTE et Cie, 79, boulevard Saint-Germain.

BOURNEVILLE. — *Chambre des Députés :* — *Rapport fait au nom de la commission chargée d'examiner le projet de loi ayant pour objet l'*UTILISATION AGRICOLE DES EAUX D'ÉGOUT DE PARIS ET L'ASSAINISSEMENT DE LA SEINE. 1 volume in-4 de 180 pages avec un atlas de 6 plans des environs de Paris, des collecteurs, de l'envasement de la Seine, des irrigations de Gennevilliers, les irri-

13e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. II. N° 37 BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 12 5 SEPTEMBRE 1885.

Le Progrès Médical

CLINIQUE DES MALADIES NERVEUSES

—

Hospice de la Salpêtrière. — M. CHARCOT.

—

Sur deux cas de monoplégie brachiale hystérique, de cause traumatique, chez l'homme (2e leçon (1);

Recueillie par M. MARIE, chef de clinique, et G. GUINON, interne du service.

Messieurs,

Vous n'avez pas oublié comment, dans la dernière leçon, étudiant avec vous un cas remarquable de monoplégie brachiale survenue chez un homme de 25 ans, à la suite d'une chute sur l'épaule, nous avons été conduits à reconnaître que les symptômes observés chez notre malade ne relèvent pas d'une lésion des nerfs du plexus brachial. Nous nous sommes fondés, entre autres, dans notre démonstration, sur l'étendue et sur le mode de répartition de l'anesthésie cutanée et profonde, ainsi que sur l'absence de troubles trophiques et de la réaction de dégénération dans les muscles du membre paralysé. Ces mêmes considérations nous permettent d'établir immédiatement et sans qu'il soit nécessaire d'insister, qu'il ne s'agit pas là non plus d'un exemple de ces paralysies amyotropiques qui se produisent quelquefois en conséquence des traumatismes portant sur une articulation et qui ont été particulièrement étudiées par M. le professeur Lefort et par M. Valtat (2).

Après ces éliminations successives, il nous reste encore à examiner les deux hypothèses suivantes : notre monoplégie relève-t-elle d'une lésion localisée dans le cordon spinal ou, au contraire, relève-t-elle d'une lésion en foyer siégeant dans l'un des hémisphères cérébraux?

Nous ne nous arrêterons pas longtemps à discuter la première question que nous avons d'ailleurs touchée plusieurs fois, chemin faisant, dans le cours de la précédente leçon. Une lésion destructive étroitement localisée dans une certaine étendue en hauteur de la corne antérieure de substance grise, au renflement brachial du côté droit, pourrait, il est vrai, ainsi que cela se voit dans la paralysie infantile spinale, produire une monoplégie brachiale molle, sans participation aucune de la face et du membre inférieur correspondant, tout à fait semblable par conséquent, sous ce rapport, à celle que nous observons chez notre malade. Mais en pareille occurence, outre le début brusque, accompagné le plus souvent d'un état fébrile de plusieurs jours, on observerait certainement, au bout de huit ou dix jours déjà, la réaction dégénérative à un degré très prononcé sur tous les muscles profondément atteints, et au bout de quatre mois une atrophie manifeste de ces muscles. De plus les réflexes tendineux seraient dès l'origine abolis. Enfin, toute trace d'anesthésie cutanée ou de paralysie du sens musculaire ferait défaut. Il est vrai qu'une lésion concomitante des cornes postérieures de substance grise, dans les régions correspondantes de la moelle, pourrait sans doute déterminer dans le membre paralysé des troubles plus ou moins graves de la sensibilité. Mais une telle altération portant exclusivement sur l'une des cornes antérieures et sur une région très limitée de la partie la plus postérieure de la corne postérieure du même côté, n'a pas encore été observée, que je sache; et si cette lésion, au lieu de rester limitée comme nous le supposions tout à l'heure, avait envahi les parties médianes de la colonne grise, cette fois l'anesthésie porterait non plus seulement sur le côté correspondant à la lésion, mais encore sur le côté opposé.

Je n'insisterai donc pas plus, messieurs, sur ce point, mais je considérerai d'un peu plus près l'hypothèse d'une lésion cérébrale en foyer. Dans quelle région des hémisphères cérébraux une lésion de ce genre devrait-elle être localisée, pour donner lieu aux symptômes observés chez notre malade ? S'agit-il chez lui d'un foyer intéressant la capsule interne? Une telle lésion, qu'on pourrait supposer s'être produite à la suite du choc et qui consisterait, je suppose, dans la formation d'un foyer hémorrhagique ou d'apoplexie capillaire résultant de la commotion consécutive à la chute, aurait dû, à peu près nécessairement, s'accompagner tout au moins, de quelques symptômes apoplectiques, ce qui n'a pas eu lieu chez notre homme. J'ajouterai qu'une monoplégie brachiale pure, telle en un mot qu'on la voit dans notre cas, est un fait presque inoui dans l'histoire des lésions de la capsule interne (1); elle supposerait d'ailleurs une lésion limitée étroitement dans les parties antérieures de la capsule et par conséquent les troubles de la sensibilité y feraient défaut.

C'est donc ailleurs encore, plus haut dans l'hémisphère, c'est-à-dire dans l'écorce grise ou les parties immédiatement sous-jacentes du centre ovale, qu'il conviendrait de chercher la localisation de la lésion organique supposée.

Une lésion corticale suffisamment étendue et profonde, localisée dans le tiers moyen des circonvolutions médianes (frontale et pariétale ascendantes), a pour conséquence nécessaire une monoplégie brachiale; cela est aujourd'hui suffisamment établi pour qu'il ne soit pas nécessaire d'argumenter à ce propos, mais il importe de remarquer que l'existence d'une monoplégie *pure*, c'est-à-dire sans participation à un degré quelconque, du côté correspondant, soit des muscles innervés par le facial inférieur, soit de la langue, soit du membre inférieur, survenant à la suite d'une lésion corticale est véritablement un fait rare. A peine pourrait-on réunir une dizaine de cas de ce genre dans la collection de plus de 250 observations que nous avons rassemblées M. Pitres et moi, dans nos travaux relatifs à la question des localisations cérébrales corticales (2). Or, dans le

(1) Voir le *Progrès médical*, du 22 août, n° 34.

(2) Voir Charcot. *Sur l'atrophie musculaire qui succède à certaines lésions articulaires* (*Leçons sur les maladies du système nerveux*, et 2e leçon, t. III, 1883).

(1) Voir un cas de *Monoplégie par lésion de la capsule interne*, publié par MM. Bennet et Campbel, dans le journal le *Brain*, avril 1885, p. 78.

(2) Charcot et Pitres. *Etude critique et clinique de la doctrine*

cas de notre malade, et c'est là un fait qu'il conviendra de mettre en valeur dans un instant, il est expressément relevé, qu'à aucune époque de l'affection, même au début, ni la face, ni la langue, ni le membre inférieur n'ont présenté le moindre degré de paralysie ou même de parésie. Dès l'origine, je le répète, seul le membre supérieur s'est montré atteint.

J'ajouterai qu'une lésion corticale suffisamment accentuée pour provoquer une paralysie aussi complète et aussi durable des mouvements, que l'est celle que nous observons chez Por..., aurait dû nécessairement déterminer la production d'une dégénérescence secondaire descendante cérébro-spinale, s'accusant cliniquement par l'existence d'un certain degré de contracture dans le membre paralysé, tandis qu'il est parfaitement avéré que, dans notre cas, on ne rencontre pas dans les diverses jointures la moindre trace de rigidité; bien au contraire, nous notons expressément que la paralysie motrice est ici remarquable, par la mollesse, la flaccidité des parties; les divers segments du membre n'opposent aucune résistance aux mouvements qu'on leur imprime. En outre, si les réflexes sont conservés chez notre malade, ils ne sont pas notablement exagérés ainsi que cela devrait être dans un cas de lésion corticale, avec dégénération descendante, quatre mois après le début de l'affection.

Enfin, Messieurs, les troubles de la sensibilité, si fortement accusés chez Por..., ne sont pas ceux qu'on rencontrerait s'il s'agissait d'une lésion de l'écorce qu'on devrait supposer limitée étroitement au tiers moyen des circonvolutions médianes. Dans un bon nombre des cas de lésions corticales localisées à l'un des centres moteurs, la sensibilité cutanée et le sens musculaire peuvent être, vous le savez, absolument intacts. Cela est démontré après tant d'autres faits relevés par mon ancien chef de clinique, M. le Dr Ballet, dans sa dissertation inaugurale (1), par une observation que M. Ferrier vient de publier dans le journal le *Brain* (2). Il est vrai que MM. Exner, Petrina, Tripier et plus récemment M. Starr (3) ont rassemblé un certain nombre de faits de lésions limitées aux circonvolutions médianes, dans lesquels, outre la paralysie motrice, on a noté expressément que la sensibilité était affectée dans tous ses modes (sensibilité tactile, sensibilité à la douleur, sens musculaire, etc.). Mais il paraît établi, néanmoins, par ces mêmes observations que toujours, si l'altération est restée limitée exactement aux centres moteurs, sans empiéter sur les régions limitrophes du lobe pariétal, ces divers troubles de la sensibilité se sont montrés très peu accentués ou éminemment transitoires. Cela contraste singulièrement, vous le voyez, avec ce que nous constatons dans notre cas, où les divers modes de la sensibilité cutanée et profonde sont affectés au plus haut degré et d'une façon permanente depuis plus de quatre mois.

Voilà autant de raisons qui doivent nous conduire à ne pas admettre, chez notre malade, l'existence d'une lésion corticale en foyer, comme déjà nous avons dû rejeter l'existence d'une lésion spinale et d'une lésion des nerfs périphériques. De quoi s'agit-il donc alors? A n'en pas douter, une lésion des centres nerveux est présente dans ce cas; mais où siège-t-elle, quelle est sa nature? C'est, je pense, dans l'écorce grise de l'hémisphère cérébral du côté opposé à la paralysie et, plus précisément dans la zone motrice du bras qu'il faut la placer. De plus, pour rendre compte de l'étendue et de l'intensité des troubles de la sensibilité on doit supposer, en s'appuyant sur quelques travaux récents, qu'elle n'est pas étroitement limitée à la zone motrice, et qu'elle s'étend en arrière des circonvolutions médianes aux parties adjacentes du lobe pariétal (1). Mais à coup sûr il ne s'agit pas là d'une lésion en foyer organique, destructive, comme cela devrait être dans les diverses hypothèses que nous venons de passer en revue. Ici il ne saurait être question que de l'une de ces lésions qui échappent à nos moyens actuels d'investigation anatomique et que, faute de mieux, on est convenu de désigner sous le nom de *lésions dynamiques* ou encore *fonctionnelles*. C'est là ce que je vais essayer de vous démontrer maintenant.

Ainsi que je vous en ai prévenus, Messieurs, en exposant les symptômes observés chez notre malade, il est quelques-uns d'entre eux — et, dans l'espèce ils sont des plus importants, — que jusqu'ici j'ai à dessein passés sous silence, me réservant de les relever et de les mettre en lumière comme ils le méritent, au moment opportun. Ce moment est venu enfin. Les symptômes en question, je vous l'ai dit, ne sautent pas aux yeux tout d'abord; pour les trouver il faut diriger l'investigation suivant les données d'une certaine hypothèse que la présence même de ces signes, si réellement ils existent, viendra confirmer et légitimer. Vous prévoyez certainement de quelle hypothèse il s'agit : notre malade est-il un hystérique? porte-t-il en lui les stigmates caractéristiques assez nombreux et assez accentués pour qu'il nous soit permis d'affirmer que nous sommes réellement en présence de la diathèse hystérique? Vous allez être amenés à reconnaître qu'en faveur de cette opinion les preuves abondent. Oui, dans notre cas, la paralysie motrice, l'anesthésie et le reste se rapportent à l'hystérie : telle sera notre conclusion conforme d'ailleurs de tout point à l'opinion émise très explicitement sur ce cas, par mon collègue M. Joffroy, dans la séance de la Société médicale des hôpitaux (2).

Je relèverai tout d'abord ce fait que, chez Por..., les troubles de la sensibilité cutanée ne sont pas exactement limités au membre supérieur droit; on les retrouve, bien qu'atténués, c'est-à-dire sous forme d'analgésie, dans toute l'étendue de ce même côté droit, face, tronc et membre inférieur. Il s'agit donc là, en ce qui concerne la sensibilité commune, d'une véritable hémianesthésie droite généralisée, seulement beaucoup plus prononcée sur le membre supérieur que partout ailleurs.

Si maintenant nous examinons les organes des sens, nous allons trouver de ce côté des renseignements précieux. L'ouïe est obnubilée du côté droit : ainsi le tic-tac d'une montre qui s'entend à gauche à une distance

des localisations motrices dans l'écorce des hémisphères cérébraux de l'homme (*Revue de médecine*, 1883, nos 5, 6, 8 et 10).

(1) G. Ballet. *Le faisceau sensitif et les troubles de la sensibilité dans les cas de lésions cérébrales* (*Arch. de neurologie*, t. IV, 1882 et *Thèse de Paris*, 1881, p. 67)

(2) Brain, avril 1883. Il s'agit dans l'observation de M. Ferrier, d'un cas de *monoplégie crurale*.

(3) Allen Starr. *Cortical lesions of the Brain, a collection and analysis of the american cases of localised cerebral disease* pages 48 et 49 (*The americain Journal of the medical sciences* (extrait) 1884).—*The sensory tract in the central nervous system*, p. 78. (Reprinted from the *Journal of Nervous and mental diseases*. Vol. VI, n° 3, July, 1884).

(1) Starr (*Loc. cit.*) et Bechterew. *Ueber die Localisation der Hautsensibilität (Tast und Schmerzempfindungen) und des Muskelsinnes an der Oberfläche der Grosshirnhemispharen* *Mendel's Neurol. Centr.-Blatt.*, n° 18 5 sept. 1883).

(2) Séance du 27 mars 1885.

de 50 centimètres et plus, n'est plus perçu à droite au delà de 20 centimètres. Le goût est complètement perdu à droite. Avant d'aller plus loin notons l'insensibilité spéciale que présente le pharynx : le doigt brutalement enfoncé jusqu'à toucher l'épiglotte ne provoque chez notre malade aucun acte réflexe. Ce phénomène est, vous le savez, commun dans l'hystérie; plusieurs observateurs, et en particulier M. Chairou, ont, à juste titre, appelé sur lui l'attention, dans ces dernières années. Après avoir obtenu ces premiers résultats, nous nous attendions tout naturellement à constater, par l'examen du champ visuel, ce rétrécissement particulier dont je vous ai entretenus si souvent déjà. Mais lors du premier examen nous avons été déçus dans nos prévisions; nous nous sommes trouvés en présence d'un champ visuel normal. Je vous dirai, dans un instant, comment, à cet égard, les choses se sont modifiées bientôt après. L'étude de la fonction visuelle n'était pas restée stérile cependant ; elle nous avait fait reconnaître, en effet, l'existence d'un phénomène qui, à défaut de tout autre, pourrait, je le crois, acquérir une importance majeure et contribuer puissamment à dévoiler l'hystérie dans un cas de diagnostic difficile. Il s'agit de la *polyopie monoculaire des hystériques*, symptôme que M. le Dr Parinaud (1) a étudié depuis longtemps sur les malades de mon service et qu'il a, je pense, signalé le premier.

La polyopie monoculaire (diplopie ou triplopie) n'appartient pas, bien entendu, exclusivement à l'hystérie; mais elle se présente en général, dans cette affection, avec des caractères spéciaux, qui permettraient, suivant M. Parinaud, de la distinguer des autres espèces du même genre.

Le cristallin offre, vous le savez, une structure segmentaire qui fait, qu'à la rigueur, on pourrait le dire composé de trois lentilles. On comprend par là que dans de certaines conditions plusieurs images, deux ou trois, puissent se produire sur la rétine. C'est là, en quelque sorte, un défaut naturel plus ou moins prononcé suivant les sujets, que, dans l'état ordinaire, vient corriger le jeu normal de l'accommodation. Il est facile de concevoir que lorsque le fonctionnement physiologique de l'accommodation sera troublé, la polyopie monoculaire pourra s'en suivre. C'est ainsi qu'on l'observe dans la paralysie de l'accommodation produite par l'atropine, dans la contracture de l'accommodation déterminée par l'action de l'ésérine; dans ce dernier cas elle est en général très peu accentuée, vraisemblablement à cause du myosis concomitant. C'est d'ailleurs à la contracture du muscle de Brücke (2), sans myosis, que devrait être rapportée, suivant M. Parinaud, la polyopie monoculaire des hystériques. Sans lésion fonctionnelle de l'appareil de l'accommodation, la polyopie monoculaire se voit encore chez les vieillards, dans la cataracte commençante, dans certains cas d'astigmatisme par kératite ou congénitale. Or il sera facile d'éliminer, dans un cas donné, les causes ci-dessus mentionnées de polyopie monoculaire, à savoir : sénilité, cataracte, astigmatisme par lésion de la cornée, introduction dans l'œil de l'ésérine ou de l'atropine, etc. De plus, en dehors même de l'absence de ces causes la polyopie des hystériques parait, je vous l'ai dit, se distinguer par des caractères propres. Je veux parler de la *macropsie* et de la *micropsie* qui, suivant la remarque de M. Parinaud, en seraient inséparables, tandis qu'elles ne s'observeraient pas dans les autres cas. Placez chez Por... un crayon tenu verticalement à une distance de quelques centimètres de l'un des yeux, l'autre étant fermé, il ne distingue alors qu'une seule image. Mais si le crayon est éloigné peu à peu au delà de ce point, deux images lui apparaîtront bientôt; à huit ou dix centimètres de l'œil elles sont bien séparées l'une de l'autre et très nettes. De plus, au moment où le crayon est placé tout près de l'œil il paraît démesurément gros, tandis que tenu à une distance de 15 à 20 centimètres, il paraît deux ou trois fois plus petit que cela ne devrait être dans l'état normal. Telle est la polyopie monoculaire spéciale qui, associée aux troubles sensoriels et sensitifs que nous venons de rappeler, constitueraient déjà un dossier très significatif, dans un cas surtout où ni l'alcoolisme, ni le saturnisme, ni les lésions de la capsule interne ne peuvent être mis en cause. Un second examen du champ visuel fait, il y a trois jours, est venu du reste ajouter au tableau un nouveau trait. Il y a cinq jours, le malade est sorti de l'hôpital et il est rentré de son expédition très fatigué. Deux jours après, l'examen périmétrique accusait l'existence d'un rétrécissement concentrique du champ visuel à peu près également marqué des deux côtés, à la vérité sans transposition du cercle du rouge.

Je ne crois pas nécessaire, maintenant, d'entrer dans des développements pour faire ressortir que le concours de tous les faits qui viennent d'être successivement recueillis, véritablement inexplicable dans l'hypothèse d'une lésion organique cérébrale, spinale ou des nerfs périphériques, se montre au contraire d'une interprétation très simple, dans l'hypothèse d'une lésion dynamique hystérique. Mais je tiens à vous faire remarquer, qu'en somme, les caractères cliniques de la monoplégie de Porcen... ne diffèrent pas de ceux qui distinguent certaines formes de paralysies hystériques bien avérées; c'est ce dont on pourrait se convaincre d'ailleurs, au besoin, en consultant les auteurs les plus compétents dans la matière. Je signalerai, en premier lieu, l'*absence de toute participation de la face* à la paralysie, fait mis en relief par Todd (1), Althaus, Hasse (2), par moi-même (3), par Weir Mitchell enfin, dans son excellent livre sur les maladies nerveuses des femmes (4); pour mon compte, je n'ai pas encore trouvé, jusqu'à présent, une seule exception bien démontrée à cette

(1) H. Parinaud. *De la polyopie monoculaire dans l'hystérie*, etc. — Extrait des *Annales d'oculistique*, — Gand, mai-juin 1878.

(2) La contracture du muscle de l'accommodation dans l'hystérie a été étudiée par M. Galezowski (*Progrès médical*, t. VI, p. 39, 1878).

(1) R.-B. Todd. *Clinical lectures on paralysis, certain diseases of the brain*, etc., London, 1856. « Again the great extent of the paralysis in the limbs, and the total absence of it in the face and tongue, are certainly evidence in favour of its hysterical character; for although hysterical paralysis occurs in all parts of the trunk and extremities, it very rarely, if ever, attacks the face. » *Loc. cit.*, p. 20.

(2) Hasse. — *Handbuch der Pathol.*, etc. II. Auflag.— Erlangen, 1869.

(3) M. Charcot. — *Leçons sur les maladies du système nerveux*, t. I, 1re édit..., 4e édit., p. 351. — 12e leçon. « Remarquez en premier lieu l'absence de paralysie faciale et de la déviation de la langue, lorsque celle-ci est tirée hors de la bouche. Vous savez que ces phénomènes existent au contraire toujours à un certain degré. » c'est presque toujours qu'il faut lire — « dans l'hémiplégie par lésion en foyer du cerveau. »

(4) Weir Mitchell. — *Lectures on diseases of the nervous system especially in woman*. 2e édit., Philadelphia, 1885. « Unlike the hemipalsy of cerebral and organic cause, hysterical half-palsies involve more or less all of one side of the body, excepting the face : but in a few rare cases the neck is distinctly affected... *Loc. cit.*, p. 25.

règle. Je relèverai ensuite : d'abord l'absence de toute modification des réactions électriques, de toute atrophie des muscles alors même que la paralysie date de plusieurs mois, et, dans ces mêmes conditions de durée, la persistance de la flaccidité absolue du membre sans changement marqué du côté des réflexes tendineux ; puis la perte du sens musculaire portée au plus haut point et telle qu'on ne l'observe guère dans les paralysies de cause cérébrale reconnaissant une autre origine. Je signalerai enfin le haut degré de l'anesthésie profonde et cutanée, le mode si particulier de répartition et de limitation de celle-ci, lequel semble bizarre au premier abord sans doute parce qu'il n'a pas encore été étudié de très près, mais ne répond nullement en tout cas à la distribution des nerfs sensitifs émanant du plexus brachial (1). Je ne voudrais pas dire, tant s'en faut, que toutes les paralysies hystériques présentent nécessairement l'ensemble des caractères qui viennent d'être énumérés ; mais je crois qu'on peut affirmer que lorsque ces caractères se trouvent coexister dans un cas donné de paralysie, la nature de celle-ci ne saurait rester douteuse.

Tels sont, Messieurs, les arguments, et ils nous paraissent péremptoires, qui nous conduisent à affirmer que, non seulement de par les circonstances de l'hérédité et de par l'existence des stigmates, notre malade doit être considéré comme un hystérique, mais que, de plus, la monoplégie elle-même se présente chez lui douée de tous les caractères qui spécifient cliniquement certaines formes de paralysie hystérique. En résumé, vous le voyez, tous les symptômes que nous observons chez Porcen... révèlent l'hystérie et nous ne rencontrons rien chez lui, en définitive, qui ne relève de l'hystérie.

Voilà donc notre diagnostic fixé. A la vérité j'accorderai, c'est du reste la seule concession que je puisse faire, qu'il ne s'agit pas ici d'un cas d'hystérie absolument complet, régulier, classique en un mot. Mais cela, justement, le rendra aux yeux du clinicien particulièrement intéressant ; car si la nature hystérique de l'affection est, par ce qui précède, actuellement bien établie, on doit reconnaître qu'elle ne s'imposait pas au premier abord et qu'il a fallu, pour la mettre en évidence, faire appel à toute une série de preuves et d'arguments qu'une étude clinique attentive et minutieuse pouvait seule fournir. C'est qu'en réalité quelque chose manque au tableau, et ce quelque chose, vous l'avez tous compris, c'est la présence des attaques ainsi que l'existence des points hystérogènes. Evidemment cette circonstance ne saurait nous arrêter : l'attaque convulsive, vous le savez, n'est pas, tant s'en faut, nécessaire à la caractéristique de l'hystérie ; elle fait défaut, suivant Briquet, dans plus d'un tiers des cas chez la femme, notre observation vient démontrer qu'elle peut faire défaut également chez l'homme et même, si j'en juge d'après ce que j'ai vu, elle manquerait chez lui pour le moins aussi fréquemment que dans l'autre sexe.

Pour légitimer plus encore les conclusions auxquelles nous nous arrêtons, et pour leur donner plus de poids, je crois utile de rapprocher du cas qui nous occupe en ce moment, celui d'un autre hystérique mâle que je vous ai présenté dans une leçon précédente, et dont, à l'époque, je vous ai entretenus longuement (1). Il s'agit d'un jeune homme, nommé Pin..., que je fais de nouveau placer sous vos yeux. Aux quelques traits que je vais vous remettre en mémoire, vous allez certainement reconnaître que, à part certaines circonstances d'ordre secondaire, son histoire est calquée, en quelque sorte, sur celle de Porcen...

De même que ce dernier, Pin... a été atteint de monoplégie brachiale à la suite d'une chute ; seulement chez lui la paralysie occupe le membre supérieur gauche, et c'est la partie antérieure de l'épaule qui, dans la chute, a été frappée. Le 11 mars, lors de notre premier examen, la paralysie était complète, absolue, comme elle l'est encore chez Por... ; la face n'ayant jamais été affectée à un degré quelconque. Le membre paralysé était pendant, flasque, sans la moindre rigidité au niveau des jointures ; pas d'amyotrophie, pas d'altération des réactions électriques bien que le début de la maladie remontât alors à près de 10 mois. L'anesthésie cutanée et profonde est portée au même degré que chez Por..., elle est plus étendue cependant que chez lui, puisqu'elle occupe les doigts de la main ; mais elle se limite exactement de la même façon du côté de la racine du membre (voir les *fig.* 69, 70 et 71, 72). La perte du sens musculaire est également portée au plus haut point dans toutes les parties insensibles. Ces divers troubles de la sensibilité d'ailleurs ne se sont pas encore modifiés, et nous pouvons, à l'heure qu'il est, en constater très nettement l'existence chez les deux malades.

Vous voyez jusqu'à quel point les deux cas se ressemblent jusqu'ici ; entre eux, il y a presque identité ; les détails qui vont suivre les rattacheront l'un à l'autre plus étroitement encore.

Dans la discussion du diagnostic, nous avions été conduits chez Pin... à éliminer successivement, comme nous venons de le faire chez Porc..., l'hypothèse d'une lésion des rameaux du plexus brachial ; celle d'une lésion spinale, celle enfin d'une lésion organique en foyer des hémisphères cérébraux que la présence de l'insuffisance aortique dont le sujet est atteint, rendait assez vraisemblable, et nous avons conclu, en fin de compte, que la paralysie dépendait d'une lésion *dynamique* localisée dans l'écorce grise de la zone motrice brachiale, du côté opposé à la monoplégie. L'existence de la diathèse hystérique se révélait d'ailleurs chez le malade par des traits significatifs : analgésie répandue sur la moitié gauche de la tête, du cou, du tronc et sur toute l'étendue du membre inférieur gauche ; l'ouïe, l'odorat, le goût explorés par les procédés habituels offrent une diminution très accentuée de leur activité du côté gauche. L'examen du champ visuel montre, du côté droit, l'état normal (2), tandis qu'à gauche, il y a

(1) Comparez *fig.* 63 et 64. — *fig.* 65 et 66, 67 et 68. *Progrès médical*, nº 34, pages 133 et 134. Cette disposition par segments géométriques que délimitent des lignes circulaires déterminant un plan perpendicaire au grand axe du membre, représente vraisemblablement, du moins pour les membres, le type des anesthésies de cause corticale quelle que soit la lésion qui les produit. Seulement, dans l'hystérie ce caractère sera, en général, beaucoup plus accentué, beaucoup plus facile à reconnaître que dans les cas de lésion organique en foyer, sans doute parce que dans la première la lésion dynamique se répand sur une plus grande étendue en surface et peut occuper, par exemple, systématiquement, la totalité de tel ou tel département des centres corticaux sensitifs. J.-M.-C.

(1) Voir l'observation détaillée du nommé Pin... dans le *Progrès médical*, pages 83 et suiv., nº du 8 août 1885.

(2) Ce cas montre, avec bien d'autres que je pourrais citer, que si le rétrécissement concentrique du champ visuel chez les hystériques, existe le plus souvent des deux côtés, cela n'est pas cependant une règle générale : ce rétrécissement peut être en effet exacsement limité à un seul œil. Le cas du nommé Gil... en particulier, cité dans une précédente leçon (*Progrès médical*, nº 23, 6 juin, p. 453) est un bel exemple de ce genre. A propos de ce dernier cas je ferai remarquer que le malade ayant succombé ces jours-ci inopinément (il aurait, parait-il, ingéré tout d'un coup une dose énorme de choral qu'il avait amassée en secret) ; l'autopsie absolument né-

un rétrécissement considérable ; de plus, de ce côté, le cercle du rouge s'est transporté en dehors de celui du bleu. Aujourd'hui, nous constatons de ce même côté gauche la présence de la polyopie monoculaire qui n'avait pas été remarquée jusque-là. J'ajouterai que le doigt introduit dans le pharynx jusqu'à l'épiglotte, ne détermine pas la production d'actes réflexes. Enfin, et c'est sur ce point seulement que le cas de Pin... s'éloigne notablement de celui de Porc... il existe chez le premier plusieurs plaques hyperesthésiques hystérogènes, l'une située sous le sein gauche, une autre sur chacune des régions iliaques, une autre enfin sur le testicule droit.

Fig. 69, 70. — Observation de Porcen...

Fig. 71, 72. - Observation de Pin...

Or, le 15 mars, il arriva, vous ne l'avez pas oublié, Messieurs, qu'à la suite d'une excitation un peu prolongée de la zone testiculaire, survint chez Pin... une attaque hystéro-épileptique parfaitement classique. C'était la première que le malade eût jamais éprouvée ;

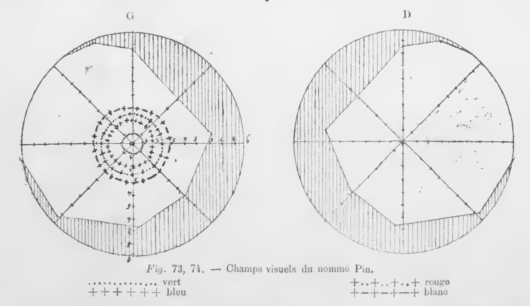


Fig. 73, 74. — Champs visuels du nommé Pin.

.... vert
+ + + + + + + bleu
+..+..+..+ rouge
+—+—+—+ blanc

gative, en ce qui concerne les centres nerveux, est venue confirmer pleinement le diagnostic. J.-M.-C.

elle fut suivie de plusieurs autres en tout semblables. Actuellement encore, les attaques se produisent fréquemment, d'ordinaire spontanément. C'est à la suite d'une de ces attaques que s'est manifesté tout à coup, le 21 mars, dans la paralysie motrice, l'amendement que vous pouvez constater aujourd'hui. Pin... peut, vous le voyez, mouvoir à volonté toutes les parties du membre supérieur gauche. Mais ces mouvements sont peu énergiques, ils ne triomphent pas de la moindre résistance qui leur est opposée et, tandis qu'à droite, la force dynamométrique se traduit à la main par le chiffre 70, elle ne donne à gauche que le chiffre 10. Donc si l'impuissance motrice n'est plus absolue comme autrefois, elle persiste encore à un assez haut degré. D'ailleurs, les troubles de la sensibilité sont restés, je le répète, ce qu'ils étaient à l'origine, non seulement dans le membre parésié, mais encore sur tout le côté gauche du corps y compris les appareils sensoriels. Par conséquent, il ne s'agit pas là, il s'en faut, d'une guérison complète; mais celle-ci, il y a tout lieu de l'espérer, ne tardera pas à s'accentuer ; car évidemment le pronostic n'est plus ici ce qu'il eût été si la paralysie se fût développée à la suite d'une lésion destructive occupant l'écorce grise de l'un des hémisphères cérébraux.

Personne ne saurait contester, je pense, que dans l'observation qui vient d'être rappelée, tout se rapporte à l'hystérie. Or, entre ce cas et celui de Porcen... la présence des attaques et des points hystérogènes dans le premier, fait seule la différence. Sous tous les autres rapports, les deux observations sont de tout point assimilables et l'on peut dire que celle de Pin..., plus complète, plus facilement déchiffrable que celle de Porc..., du moins à certains égards, comble en quelque sorte la lacune qui existe entre celle-ci et les cas d'hystérie les plus vulgaires; elle marque, si l'on peut ainsi parler, la transition, et nulle part la série n'est un instant interrompue.

Nous avons donc sous les yeux *deux exemples de monoplégie brachiale hystérique, de cause traumatique, observés chez l'homme*; telle sera la conclusion de tout ce qui précède.

CLINIQUE MÉDICALE

Remarques sur un cas de pneumonie intermittente chez un vieillard ;

Par le Dr **ANDREWS CLARK**, médecin de London Hospital.
Traduction du Dr **SOULOUMIAC** (de Coutance du Jura).

L'observation suivante a déjà fait l'objet d'une communication à la Société médicale de Londres ; elle nous a paru assez intéressante pour être reproduite avec les réflexions qui l'accompagnent :

Observation. — Sujet bien portant d'ordinaire, quoique âgé de 82 ans. En 1877, attaque de pneumonie semblable à celle qu'on va décrire. Artères saines.

25 *mars*. Violent mal de tête, langue chargée, teint jaunâtre; anorexie, soif, selles irrégulières ; ventre dur. Urine très colorée ; pas d'albumine. A l'auscultation, diminution du murmure vésiculaire en bas et en arrière du côté droit. Eréthisme cardiaque. P. 86. T. buccale 102° F. (38°,9 c.) Traitement : coloquinte, pilule bleue.

26 *mars*. Dans l'après-midi, frisson violent; T. 103°,4 (38°,96). P. 94 ; murmure vésiculaire très faible en bas, en arrière et à droite, plus un peu d'exagération de la résonnance. Traitement: coloquinte, pilule bleue, quinine.

27 *mars*. Frisson, même état général, mêmes signes d'auscultation, plus léger souffle bronchique.

28 *mars*. Frisson. T. 104° (40° c.) P. 104. Douleur sourde en arrière et à gauche de ce côté ; bruit vésiculaire rude, souffle bronchique éloigné, augmentation de la résonnance vocale; respiration 24 ; ni toux, ni expectoration. Alcool, citrate de potasse, quinine.

29 *mars*. Pas de frisson. Matité, augmentation des vibrations, souffle et bronchopneumonie à la base du côté droit ; matin : 100° (37°,7). p. 80°.

30 *mars*. T. 99° (37°,2) ; p. 84.

31 *mars*. Dans la matinée, frisson. L'état empire rapidement; à 11 h. du matin, T. 103° (39°,6), P. 110, R. 32; langue chargée et sèche ; urine rare et noirâtre. Vers le soir, légère amélioration. Auscultation : nouvelle hépatisation de la largeur de trois doigts à la partie moyenne du poumon droit.

1er *avril*. Amélioration, langue nette, etc., T. 100° (37°,7), P. 90. R. 36.

2 *avril* matin. T. 98°, 2 (36°,8). P. 84, R. 34. Râles crépitants à la base du poumon droit ; soir : frisson, état général grave; hépatisation de la partie supérieure du poumon droit.

3 *avril*. Amélioration.

5 *avril*. Dans la soirée : frisson, T. 104° (40°), P. 106.

6 *avril*. Mieux ; hépatisation à la base du poumon gauche. Dans la soirée, algidité, état général grave. Syncope en quittant le lit. T. matin : 96° (36°,6), P. 105 ; sulfate de quinine, ammoniaque.

Du 7 au 11, amélioration le matin, frisson à midi.

Du 11 au 14, amélioration ; à l'auscultation, signes de résolution.

Le 14, vers midi, état algide sans frisson distinct; mieux dans la soirée. Un peu d'albumine dans l'urine. (Nouvelle hépatisation, partie supérieure du poumon gauche).

A partir de ce moment, amélioration. Le 6 mai le malade est considéré comme guéri.

Remarques. — De toutes les causes à mettre en avant, nous n'avons pu raisonnablement nous arrêter qu'à deux : 1° la goutte ; mais le malade n'est pas un goutteux et il est trop âgé pour admettre ici la manifestation initiale de la goutte héréditaire ; 2° la malaria ; mais bien qu'il habite un pays de marécages, nous n'avons pas trouvé d'antécédents paludéens dans son entourage, ni chez lui. Nous confesserons donc notre ignorance, plutôt que de nous lancer dans des hypothèses.

Mais ce cas nous fournit l'occasion de soulever une question fort discutée, la nature de la pneumonie. Est-ce une inflammation locale avec fièvre, ou une fièvre à manifestation locale, fièvre due à un virus ou à un parasite? Tout le monde s'est demandé si la pneumonie n'est pas une fièvre, mais personne ne s'est demandé si dans la pneumonie, il y a bien inflammation.

Dans l'admirable ouvrage du Dr Sturges, qui regarde la pneumonie comme une fièvre produisant l'inflammation, il est dit que, dans la pneumonie, les phénomènes de l'inflammation se manifestent évidemment ; que les exigences cliniques et anatomiques y sont satisfaites et qu'on y retrouve tous les résultats classiques du processus inflammatoire, pyrexie, exsudation, migration de leucocytes, prolifération des cellules, changement marqué des tissus. La pneumonie, dit-il, est non seulement une inflammation, mais elle est le type de l'inflammation.

Je me propose de dire ici quelques mots de cette question, qui m'a longtemps occupé, et que j'ai traitée avec quelque développement dans une lecture faite au College of physicians en 1866.

Si nous examinons un morceau de poumon hépatisé, trois points attirent surtout notre attention ; l'exsudat solide, sa relation avec l'alvéole et la condition de ces cellules alvéolaires.

L'exsudat de la pneumonie récente consiste essentiellement en leucocytes, globules sanguins, globules hyalins, granulations cellulaires, desquamation épithéliale, le tout mélangé et réuni par des filaments fibrineux très déliés.

Pour ce que nous avons à dire, nous pouvons mettre de côté les cellules épithéliales.

Pris ensemble, ces éléments ressemblent à un caillot sanguin et non à une exsudation ordinaire de fibrine. Partout vous pouvez voir des signes d'involution régressive, et nulle part des signes d'un véritable développement. Examinez le produit de l'exsudation, le nombre des globules rouges est souvent égal et quelquefois supérieur à celui des leucocytes et l'on peut même prouver que beaucoup de leucocytes ne sont que des globules rouges en voie de transformation. De plus, la fibrine diffère à plusieurs points de vue de la fibrine d'une inflammation ordinaire et ressemble beaucoup à celle qui se forme dans les caillots sanguins.

Si nous examinons les relations de l'exsudat avec la paroi alvéolaire, nous ne découvrirons aucune preuve de quelque connexion organique entre eux, et de chaque alvéole pulmonaire; une main exercée, armée d'une aiguille, peut enlever l'exsudat sans blesser les parois alvéolaires.

Une étude critique des parois alvéolaires dans un poumon hépatisé, ne nous donne aucune preuve concluante de la nature inflammatoire d'une pneumonie. Sauf deux exceptions, on ne peut y trouver aucun changement de structure manifeste. Au lieu d'être gonflée et très rouge, comme on devrait s'y attendre après avoir été le siège d'une exsudation inflammatoire, les parois de l'alvéole sont pâles, minces, blanches, comme après une perte de sang et ne présentent aucun signe de changement de structure. Bien plus, il y a occlusion de quelques-uns des vaisseaux sanguins de l'alvéole, fait qui distingue l'inflammation de la pneumonie de toute autre inflammation parenchymateuse. Dans la néphrite, par exemple, le Dr Johnson nous a fait voir que non seulement les vaisseaux sanguins des reins qui sont le siège d'une inflammation aiguë, ne sont pas fermés, mais qu'ils sont élargis. Hamilton a admirablement démontré la ressemblance de l'exsudat de la pneumonie avec l'exsudat croupal des membranes muqueuses, de la plèvre et même du péritoine. Mais, à mon avis, les conditions sont loin d'être identiques, et dans les inflammations croupales des membranes muqueuses et de la plèvre, on peut trouver des changements de structure qui n'existent pas dans le poumon atteint de pneumonie. Cependant Hamilton lui-même déclare, conformément à mon opinion, que l'inflammation croupale ne doit pas être considérée comme une véritable inflammation.

Dans la pneumonie, il y a quelquefois une hépatisation considérable, et, je le crois, pas de signe certain d'un processus inflammatoire prolongé. On trouve des signes d'une faible exsudation et d'une grande extravasation de tous les éléments du sang, mais pas de signes d'une prolifération cellulaire active, pas de signes de changement interstitiel de structure.

Comment expliquer ce fait? Est-il suffisant de dire que la constitution des tissus de l'alvéole et la nature du sang qui les nourrit ne leur permettent pas de subir d'autre manifestation du processus inflammatoire? Mais ce n'est pas une explication, car, lorsque les tissus alvéolaires sont coupés par un instrument, ou déchirés par un projectile, irrités par des morceaux de pierre ou d'acier, pressés par des tubercules indurés, envahis par des processus inflammatoires de la plèvre, des bronches ou des tissus interlobulaires, ils produisent un exsudat qui devient bientôt riche en leucocytes migrateurs, en cellules qui prolifèrent et en tissus nouveaux.

Une fois encore quelle est donc la pathogénie de l'hépatisation dans la pneumonie? En ce moment, pour ma part, je puis dire seulement qu'elle est le résultat d'une *congestion active* (ou inflammation avortée) de ce tissu dont les vaisseaux sanguins mal protégés et presque sans soutien, se présentent à une brusque augmentation de pression; que cet état se prolonge suffisamment, et on a, avec un léger exsudat, l'extravasation de tous les éléments du sang, avant que le processus inflammatoire, s'il a commencé, puisse aboutir à la prolifération cellulaire et aux altérations de texture classiques.

J'ajouterai que la rapidité avec laquelle l'hépatisation se produit, le peu de temps qu'elle reste stationnaire, et la façon dont elle disparaît, ne s'accordent pas avec ce que nous savons des produits inflammatoires incontestés.

En terminant, quels ont été les principes généraux de notre traitement? Notre première préoccupation est le malade lui-même, en second lieu seulement la maladie. Voici, en somme, ce que nous avons essayé de faire : fortifier le malade avec des aliments liquides, en nous gardant cependant de surcharger les vaisseaux pulmonaires et d'augmenter ainsi l'exsudation, ou d'aggraver l'état général en remplissant l'intestin de matières en voie de décomposition : augmenter la force de la circulation, par l'alcool, mais donné de façon à fortifier les contractions cardiaques, sans faire intervenir les phénomènes chimiques de la digestion et sans émousser trop fortement la sensibilité nerveuse, placer le sujet dan les meilleures conditions possibles de résistance par les lotions chaudes, le repos, etc.; favoriser les sécrétions cutanées des muqueuses par les diaphorétiques alcalins; enfin, par la quinine, abaisser la température, enrayer les frissons et éviter la septicémie. Quant aux symptômes imprévus, nous les avons traités pour le mieux de nos connaissances physiologiques ou empiriques, tenant surtout compte de l'état général.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Du menthol.

Quelques travaux allemands viennent d'attirer l'attention sur l'emploi du menthol comme succédané de la cocaïne.

Les Japonais font usage du menthol depuis environ deux cents ans; ils lui donnent le nom de Hakka-no-sei et Hakka-no-hari. Il est complètement formé dans les essences de menthe produites par l'Asie orientale et on l'obtient en cristaux par le refroidissement de ces essences. Il existe en proportion plus grande dans l'huile volatile du *mentha arvensis*, variété *purpurascens*. La menthe poivrée du Michigan en fournit aussi une notable quantité; on a proposé de donner à ce dernier menthol le nom de Pipmenthol.

Pline connaissait déjà l'emploi de l'essence de menthe dans les maux de tête et d'estomac; il en parle dans plusieurs chapitres de ses ouvrages. Ajoutons que les dentistes emploient depuis longtemps l'essence de menthe pour calmer les douleurs causées par les dents cariées.

En 1874, Delioux de Savignac a fait usage de la menthe poivrée pour combattre les névralgies superficielles et les céphalalgies. Mais les névralgies inter-musculaires et parenchymateuses ne cèdent pas aussi facilement. D'après cet auteur, la propriété anesthésique n'existe pas dans l'essence de menthe au même degré que la propriété antalgique. Elle supprime la douleur, mais non la sensibilité. Les préparations menthées calment l'excès de sensibilité de la muqueuse laryngo-bronchique. Le prurit, ce mode si vif de l'hyperesthésie tégumentaire qu'il confine à la douleur, disparaît immédiatement au contact de l'essence de menthe; c'est en un mot un remède antalgique. »

Récemment, le Dr Rosenberg (de Berlin) a voulu remplacer l'emploi de la cocaïne par celui du menthol.

Ayant remarqué qu'une solution de cocaïne appliquée

sur la langue déterminait une sensation de froid, il rechercha s'il n'existait pas d'autres substances qui, produisant le froid, ne donneraient pas en même temps une diminution de la sensibilité de la partie touchée. Dans ce but, il badigeonna avec de l'éther la muqueuse tuméfiée du nez. Le patient éprouva une sensation de brûlure de courte durée et respira ensuite plus facilement. La tuméfaction du cornet avait diminué et la sensibilité était amoindrie. Cet état dura un quart d'heure environ. Par ce procédé, il obtint dans deux cas la disparition des phénomènes réflexes; dans un cas, il s'agissait d'une névralgie sus-orbitaire et dans deux autres, d'une oppression très marquée.

Voyant que le froid produit par l'éther n'était pas suffisant pour amoindrir la sensibilité, et sachant que le crayon à migraine appliqué sur la peau produisait une sensation très vive de froid, il associa le menthol, principe de ce crayon, à l'éther et employa une solution de 20 grammes de menthol pour 100 grammes d'éther. Les résultats obtenus avec cette solution furent supérieurs aux précédents. En effet, il constata qu'immédiatement après l'application du menthol éthéré sur la muqueuse des cornets, celle-ci pâlissait, moins toutefois qu'avec une solution de cocaïne, puis les cornets diminuaient de volume et la sensibilité disparaissait.

Dans ses 70 observations, il n'a jamais constaté ni inflammation ni cautérisation de la muqueuse. Dans 31 cas, il n'y avait qu'une simple obstruction du nez ; 9 autres se décomposaient ainsi : 2 cas de névralgies sus-orbitaires, 2 cas de douleurs entre les épaules avec palpitation dans l'un de ces cas, 1 cas d'oppression, 1 cas de douleur de pression sur les pariétaux, 1 cas de sensation de piqûre dans le cou, 2 cas de sensation de corps étrangers ; mais dans l'un d'eux, l'application du menthol ne réussit pas à la faire cesser complètement. Tous ces troubles disparurent en quelques instants.

Pour se rendre compte que l'anesthésie produite par la solution éthérée de menthol était aussi bien obtenue qu'avec la cocaïne, il badigeonna ensuite les mêmes parties avec une solution de cocaïne au 1/20 et remarqua que la sensation du malade n'avait pas varié; par conséquent le menthol produisait les mêmes effets que la cocaïne.

L'action du menthol dure environ un quart d'heure, parfois une demi-heure et même une heure et demie. Il semble que plus les applications sont répétées, plus les effets d'anesthésie se prolongent; c'est ainsi qu'on est arrivé à le maintenir pendant deux et même trois heures.

Rosenberg emploie des solutions alcooliques ou huileuses de menthol de 20 à 50 0/0, afin d'éviter la douleur. Les solutions concentrées donnent quelquefois une sensation de brûlure dans le cou, qui est remplacée par une sensation agréable de fraîcheur, si le malade a soin de faire quelques fortes expirations par le nez.

Rosenthal a aussi employé la solution éthérée de menthol à 20 0/0, et il a constaté également une anesthésie de la muqueuse nasale et le dégonflement du tissu érectile.

Avec cette même solution, le Dr Rosenberg a noté une diminution de la sensibilité de la muqueuse de la gorge, quelquefois même une anesthésie presque complète. L'emploi d'une solution plus forte détermine l'abolition de la sensibilité pendant 1 à 3 minutes ; puis l'état normal revient insensiblement. Le malade ressent une légère brûlure et rarement une sensation désagréable au goût si on a soin de respirer la bouche ouverte. Ce procédé serait utile pour l'examen laryngoscopique et ferait disparaître les douleurs produites à la déglutition par les angines ou par les cautérisations au galvano-cautère.

Dans le larynx, dit Rosenberg, il ne faudrait faire usage que de solutions au 1/10 ; car des solutions plus fortes déterminent de la toux.

A. D. Macdonald conseille ce médicament dans les névralgies du trijumeau et dans le mal de dents. Il s'en est aussi servi comme antiseptique en solution au millième.

Ce qui a déterminé le Dr Rosenberg à remplacer la cocaïne par le menthol, c'est que le prix de ce dernier médicament est peu élevé ; en effet, il est d'environ de 0 fr. 30 cent. le gramme. Aujourd'hui la cocaïne coûte bien moins cher, puisque le prix du gramme est d'environ 12 fr. Mais il faut remarquer qu'il est utile d'employer les solutions de menthol à 20 et 50 0/0 ; tandis qu'il suffit de servir des solutions de cocaïne de 2 à 4 0/0.

De plus, d'après nos recherches et nos observations, nous différons un peu de l'avis du Dr Rosemberg.

Après avoir essayé les solutions d'éther alcooliques de menthol, nous avons fait usage, sur les conseils de M. Houdé, pharmacien, d'une solution de petrobaseline qui, comme l'alcool, a la propriété de dissoudre le menthol. La petrobaseline est moins irritante que l'éther et l'alcool.

L'application de cette solution sur la peau détermine, au bout de quelques instants, un sentiment de fraîcheur. Si on met quelques gouttes de ce liquide sur la langue, on éprouve presque aussitôt une sensation de cuisson qui va en augmentant pendant quelques moments. On peut atténuer cette brûlure en faisant des expirations rapides ; puis on éprouve cette fraîcheur si connue que produisent les pastilles de menthe poivrée. La plupart des patients ne trouvent pas cette sensation agréable, contrairement au dire des auteurs allemands.

Si on a eu soin d'employer des solutions assez concentrées, 35 à 50 0/0, on obtient une diminution de la sensibilité assez marquée, mais moindre toutefois qu'avec des solutions de cocaïne à 5 et 10 0/0. En effet, après deux solutions de menthol au 1/3, nous avons mis quelques pointes de galvano-cautère sur les gencives d'une malade qui a dit éprouver une douleur que nous avons fait disparaître par une solution de cocaïne à 1/20. Dans divers cas, nous avons appliqué cette solution de menthol sur les amygdales hypertrophiées et bien que les malades aient éprouvé une diminution de la sensibilité, tous, sans exception, ont préféré l'action de la cocaïne, tant comme anesthésique que comme sensation au goût. En outre, avec le menthol, tous ont accusé une sensation de brûlure tellement désagréable que plusieurs d'entre eux n'ont pas voulu renouveler cet essai.

Dans les amygdalites aigües, au début, nous n'avons pas constaté le résultat obtenu par les auteurs allemands, car une malade à laquelle nous avions fait deux badigeonnages de menthol au 1/3, a éprouvé une telle cuisson qu'elle nous a dit ne plus sentir de douleur à la déglutition comme précédemment, mais une douleur cuisante, beaucoup plus vive que la première. En somme, son amygdalite n'a pas avorté ; le lendemain matin elle a fait usage de pastilles de cocaïne (environ 0,02 cent.), et elle a éprouvé un soulagement notable. Cependant un autre malade a dit qu'il sentait ses amygdales dégonflées à la suite d'un badigeonnage de menthol. Dans aucun de ces cas nous n'avons constaté une différence bien sensible dans la coloration de la muqueuse.

Dans le nez, l'application du menthol est moins désagréable, surtout si l'on a soin de faire de rapides appels d'air par le nez ; la cuisson est moins vive, le sentiment de fraîcheur plus agréable ; la respiration est plus facile, la muqueuse des cornets semble diminuer de volume. C'est certainement un phénomène très apparent.

Sur la muqueuse oculaire, après une cuisson assez violente, on voit quelques vaisseaux apparaître sur le bord de la cornée, mais ils ne tardent pas à diminuer de volume pendant que se développe une anesthésie assez prononcée. La solution de menthol semble agir avec plus d'énergie sur la muqueuse oculaire que sur les muqueuses buccale et nasale ; il nous a semblé que sur l'œil la cocaïne n'avait pas une action beaucoup plus grande que le menthol.

Nous avons aussi employé la solution alcoolique ainsi que la solution de petrobaseline pour les polypes du nez et de l'oreille. La douleur ressentie dans ce dernier organe est très vive ; nous avons pu la faire diminuer en injectant de l'air au moyen d'une poire en caoutchouc. Quelques instants après, nous avons mis deux pointes de galvano-cautère et le malade n'a pas paru avoir éprouvé une diminution de la sensibilité, quoique nous ayons employé une solution de menthol et d'alcool à parties égales. Nous avons aussi eu recours aux diverses solutions du menthol pour l'extraction des polypes du nez, et dans nos observations, nous avons remarqué une différence assez notable dans la sensibilité.

En résumé, c'est dans le nez que l'anesthésie paraît se manifester le plus facilement surtout quand le malade fait des mouvements rapides d'expiration et d'inspiration.

Ce n'est que dans un seul cas que nous avons vu la pâleur se produire après un badigeonnage à la solution de petrobaseline et de menthol à parties égales ; il s'agissait alors de bourgeons charnus développés sur le pilier gauche d'une malade qui présentait une vaste destruction de la voûte palatine à la suite de la syphilis. L'une des cautérisations au galvano-cautère ne fut pas sentie par la patiente à la suite de l'application du menthol.

En somme, si dans certains cas, on peut employer avec avantage le menthol, celui-ci ne le cède pas à la cocaïne, ni comme anesthésique, ni comme décongestionnant local ; ce n'est qu'un antalgique au même titre que l'eau de laurier cerise, comme l'a dit Delioux de Savignac.

J. Baratoux.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 31 *août* 1885. — Présidence de M. Bouley.

M. Trécul s'étonne que l'on se préoccupe si peu de l'expérience de M. Bochefontaine au sujet de *l'origine du choléra*. Nos lecteurs se souviennent que M. Bochefontaine prit une certaine quantité de déjections de cholériques contenant le fameux microbe en virgule : il en fit un bol et l'avala : il ne survint aucun accident sérieux. M. Trécul s'étonne que l'on ait voulu ridiculiser l'acte de M. Bochefontaine ; c'est réellement une action d'éclat qui mérite une récompense.

M. Ch. Quinquaud a étudié l'*action physiologique du Tanguin de Madagascar*, ou poison d'épreuve des Malgaches. Le caractère fondamental de l'action de cette substance est l'augmentation de la réflectivité bulbo-spinale avec convulsions cloniques et toniques. L'animal meurt par arrêt de la respiration, le cœur continuant à battre. M. Quinquaud a administré avec succès à l'homme l'extrait mixte d'amande du Tanguin dans les cas de paralysies toxiques, de tremblements, d'atonie intestinale.

M. Arloing continue ses recherches sur *la végétation, la végétabilité et la virulence des cultures du Bacillus Anthracis sous l'influence du soleil.* Les effets destructifs de la lumière solaire sont moins rapides sur les cultures en voie d'évolution que sur les spores fraîchement semées dans un milieu nutritif liquide. Les modifications de la végétabilité s'accompagnent de l'atténuation de la virulence : pendant que les matras se troublent de moins en moins, les cobayes succombent d'abord au charbon dans les délais habituels, puis meurent plus tardivement, enfin résistent à l'intoxication. Il n'est pas douteux que la lumière solaire puisse atténuer la virulence des cultures du Bacillus anthracis et les transformer en une série de vaccins aussi sûrement que la chaleur.

M. Luiz de Andrade Corvo adresse un mémoire sur *le rôle des bacilles dans les ravages attribués au phylloxera vastatrix.* il considère comme acquis : 1° que la maladie des vignes attribuée au phylloxera est parfaitement distincte de l'insecte ; 2° qu'elle est constitutionnelle et héréditaire, et qu'elle peut aussi être transmise par contagion du terrain contaminé aux radicelles du cep. Il désigne cette maladie sous le nom de tuberculose et il annonce qu'elle a pour agent provocateur un bacille de forme sphérique doué de mouvements assez rapides. Ce bacille ne se rencontre pas dans les tissus non altérés par la tuberculose : sa présence a été constatée dans le liquide jaunâtre appelé par l'auteur virus de la tuberculose, — dans tous les tissus altérés à la suite d'inoculation, — dans le corps des phylloxeras élevés ou nourris sur des vignes atteintes de tuberculose, — dans les tissus des radicelles renflées à la suite d'une piqûre de phylloxera contaminé. L'insecte ne serait que le propagateur de la tuberculose par inoculation opérée à l'extrémité des radicelles. Paul Loye.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 8 *septembre* 1885. — Présidence de M. Bergeron.

M. le Président annonce à l'Académie la perte qu'elle vient de faire en la personne de M. Lunier.

M. Guyon communique une observation de *tumeur de la vessie opérée et guérie par la taille hypogastrique.* Il s'agissait d'une tumeur papilleuse insérée sur le bas-fond

de la vessie par une large implantation. La partie exubérante fut raclée à l'aide d'une curette tranchante, puis fortement cautérisée avec le thermocautère. Le poids de la tumeur enlevée était de 160 grammes ; l'examen histologique révéla qu'on était en présence d'un papillome bénin.

M. Lancereaux fait une communication sur la *contagion varioleuse*. D'après une série de faits recueillis dans son service d'hôpital, M. Lancereaux déclare que la variole, comme la rougeole et la scarlatine sont des maladies transmissibles dès leurs premières périodes. La durée d'incubation est variable : elle est de 8 à 10 jours pour la variole inoculée, de 10 à 12 jours pour la variole spontanée. Une variole bénigne peut transmettre tout à la fois une variole grave et une variole discrète bénigne.

M. Peter fait une communication sur le *choléra*. Durant l'épidémie de 1884, M. Peter a soigné 43 cholériques à l'hôpital de la Charité; 26 ont guéri, 17 sont morts, ce qui fait une mortalité de 39 0/0. Pour M. Peter, le choléra indien n'est pas une maladie isolée dans la pathologie, c'est le dernier terme d'une série morbide progressive qui va de la diarrhée à la diarrhée cholériforme, de celle-ci au choléra nostras et de celui-ci au choléra indien. La série morbide progressive peut s'arrêter à un terme quelconque, à la cholérine ou au choléra nostras. Le choléra indien ne diffère du choléra nostras que par l'intensité et l'épidémicité. La seule différence entre le choléra nostras et le choléra indien, réside dans la plus grande intensité morbifique des causes intrinsèques. Si le choléra est contagieux, il est d'une contagiosité toute relative dont les causes extrinsèques sont la fréquence ou l'intensité des rapports, dont les causes intrinsèques sont : le chagrin, la fatigue, un état maladif antérieur. Le choléra indien n'est donc autre que le choléra nostras et il peut naître sur place par l'intensité graduellement croissante des causes morbifiques. La génération spontanée du choléra n'est pas contradictoire avec la doctrine de l'importation. En ce qui concerne l'origine du choléra, c'est un empoisonnement et la substance toxique, d'origine animale, est vraisemblablement une ptomaïne. Cette ptomaïne cholérique exerce son action sur le plexus solaire, par l'intermédiaire des nerfs de la membrane muqueuse gastro-intestinale. Le choléra indien doit sa symptomathologie à l'irritation et à l'hyperémie. Lorsqu'un cholérique entre dans la phase de réaction, ou typhoïdique; il subit un empoisonnement secondaire et autochtone ; lorsqu'il entre en convalescence, il reste exposé à une série d'accidents névralgiques, paralytiques, cérébraux. Dès le début, il convient de traiter la diarrhée prémonitoire et la cholérine ; puis de combattre l'irritation génératrice de l'hyperémie de l'appareil digestif, et, de proche en proche, du plexus solaire. La médication devra consister dans l'emploi des révulsifs, d'un vésicatoire au creux épigastrique. Contre les crampes, M. Peter recommande les injections de chlorhydrate de morphine, aux doses de 5 milligrammes à 1 centigramme. M. Peter conseille également de combattre l'irritation du système nerveux par l'emploi des courants continus, cette médication a pour effet de suspendre immédiatement le hoquet et les vomissements. Il en est de même de l'application d'un sac de glace sur la colonne vertébrale, dont les effets, salutaires sans être constants, ont été suffisamment répétés pour mériter l'attention des cliniciens.

Dans la prochaine séance, M. Peter terminera sa communication sur la thérapeutique et la pathogénie du choléra. A. Josias.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 19 décembre 1884. — Présidence de M. Cornil.

14 Note sur les lésions histologiques de l'ongle incarné ou onyxis latéral ; par E. Suchard.

J'ai décrit en 1881 et 1882, à la Société anatomique, les lésions que j'avais observées dans les cellules de la matrice et du lit de l'ongle dans un certain nombre de cas pathologiques. J'ai montré à cette époque que, dans les inflammations retentissant sur les cellules de la matrice et du lit de l'ongle, le processus de la kératinisation unguéale était remplacé par celui de la kératinisation épidermique.

J'avais observé ce fait dans des onyxis développés sur des orteils atteints de mal plantaire perforant, sur un orteil atteint de tumeur blanche et aussi dans plusieurs cas de pustule de variole sous-unguéale, d'onyxis syphilitique et de psoriasis sous-unguéal.

Depuis cette époque, j'ai, à plusieurs reprises, eu l'occasion d'examiner des ongles incarnés, et voici le résultat de mes recherches :

Lorsque sur un ongle incarné enlevé avec les tissus sous-jacents par une opération chirurgicale, ou par dissection sur un cadavre, on pratique, après durcissement de la pièce par l'alcool, des coupes perpendiculaires à la surface de l'ongle et à l'axe de l'orteil, et que l'on colore ces coupes à l'aide du picrocarminate d'ammoniaque en solution faible, comme l'indique M. Ranvier dans son traité technique d'histologie, page 886, on voit que, au niveau de la lésion de l'onyxis latéral, le corps muqueux est le siège d'une hypertrophie papillaire très accusée. Cette hypertrophie papillaire s'étend aussi au corps muqueux qui recouvre l'ongle en formant le repli latéro-unguéal. Entre l'ongle et le corps muqueux ainsi modifié se trouve une couche d'épiderme corné assez épaisse qui, partant du bord latéral de l'ongle, s'étend sous l'ongle lui-même en recouvrant les cellules de sa matrice ou de son lit, suivant la région. Les cellules du corps muqueux qui se trouvent immédiatement au-dessous de cette couche cornée de nouvelle formation sont remplies de gouttes et de granulations d'éléidine et constituent ainsi un stratum granulosum très épais. Cette couche granuleuse, fortement colorée en rouge par le picrocarminate d'ammoniaque, s'avançant dans le lit ou la matrice de l'ongle, remplace les cellules qui, à l'état normal, renferment de la substance onychogène colorée en brun par le picro-carminate d'ammoniaque. Le derme, au niveau de cette lésion, présente les signes d'une inflammation bien caractérisée, savoir : la dilatation et l'allongement des anses vasculaires et des anses de cellules embryonnaires dans le tissu conjonctif. Lorsque l'ongle incarné est décollé par la suppuration, cette inflammation du derme est beaucoup plus avancée; le corps muqueux présente alors des fissures analogues à celles que l'on observe dans les papillomes ulcérés.

Je suis donc, d'après les faits qui précèdent, porté à admettre pour la production de l'onyxis latéral le mécanisme suivant :

Sous l'influence d'une irritation mécanique (compression des orteils ou sections mal dirigées de l'ongle), les cellules enflammées du repli du bord de l'ongle prolifèrent et il se produit une hypertrophie papillaire très accusée. Les cellules du lit ou de la matrice de l'ongle sont atteintes par la même inflammation et suivent alors comme celles du repli le processus de la kératinisation épidermique qui vient remplacer sous l'ongle celui de la kératinisation unguéale. Dans ce fait, comme dans les autres onyxis que j'avais étudiés précédemment, il s'agit donc d'une inflammation des cellules, du lit et de la matrice de l'ongle aboutissant à la production d'éléidine au lieu de substance onychogène. Plus tard, le derme réagit, s'enflamme, suppure et des fissures se produisent avec le décollement de l'ongle.

Cette manière de comprendre la marche des lésions paraît d'ailleurs justifiée par l'examen clinique des malades. Si l'on examine un ongle incarné à son début, on voit que le repli latéro-unguéal est hypertrophié et qu'il se forme sous l'ongle une couche d'épiderme corné qui s'épaissit de plus en plus. On peut même, malgré la douleur assez intense et localisée en ce point, passer un stylet sous l'ongle et enlever des lamelles épidermiques. Plus tard, l'ongle continuant à irriter le fond du repli par son bord latéral libre et tranchant, la suppuration s'établit et le décollement se produit.

Les faits anatomiques que je viens de signaler peuvent

aussi, dans une certaine mesure, expliquer la manière dont se fait la guérison de l'onyxis latéral à l'aide des moyens chirurgicaux. En effet, tous ces moyens aboutissent ou à l'ablation de tous les tissus malades, ou à la suppression de la cause irritante, et il est évident que c'est là une manière ou d'enlever radicalement des tissus atteints d'une inflammation qui aboutit à leur hypertrophie, ou de supprimer la cause qui produit cette irritation.

Les faits que je viens d'indiquer dans cette communication ont été décrits dans un mémoire contenant la description des lésions inflammatoires des cellules de la matrice et du lit de l'ongle, et présenté le 15 août 1882 pour le concours des prix des internes.

15. M. Metaxas présente un corps fibreux de l'utérus accompagné d'une suppuration de l'ovaire, de thromboses et de phlébites multiples. Une des thromboses occupe la veine de Trolard du côté gauche, et sur cet hémisphère on note un ramollissement rouge qui intéresse la circonvolution de Broca. La malade, quelques jours avant sa mort, avait présenté de l'hémiplégie droite et de l'aphasie. Il s'agit probablement là d'une septico-pyohémie.

16. M. Frémont montre des infarctus tendant à la suppuration dans les reins et dans la rate d'un typhique traité par les bains froids et chez lequel était survenue une phlegmasia qui avait contraint à suspendre le traitement.

M. Cornil pense que la théorie des micro-organismes explique mieux que tout autre la production de ces infarctus. Les microbes situés surtout dans la partie ramollie du caillot, sont entraînés par la circulation, vont se fixer en un point donné, le plus souvent près des bifurcations, pour donner naissance à de l'endartérite bactérienne. On trouve dans les cas de phlébite infectieuse ces microbes en zooglée sous l'endothélium, au-dessus s'accumule la fibrine, ils sont moins abondants dans les parties dures du caillot que dans les parties ramollies. Les microbes de diverses maladies sont capables de donner lieu à la production de ces infarctus, qui, à l'inverse des infarctus non septiques, tendent à la suppuration.

17. M. Séné est nommé membre correspondant.

Séance du 26 décembre 1884. — Présidence de M. Cornil.

18. M. Cornil donne connaissance à la Société d'une lettre du professeur Horwarth. D'après cette lettre, il résulte que la découverte de la diapédèse, généralement attribuée à Conheim, doit être rapportée à Dutrochet qui, avant Waller et Conheim, en 1824, l'a indiquée dans son livre ayant pour titre : « *Recherches anatomiques et physiologiques sur la structure interne des végétaux et des minéraux et sur leur motilité.* »

Dans cet ouvrage on lit le passage suivant : « Entre les courbures que forment les vaisseaux, il existe un tissu fort transparent dans lequel on distingue beaucoup de granulations de la grosseur des globules sanguins ; or, en observant le mouvement du sang, j'ai vu plusieurs fois un globule seul s'échapper latéralement du vaisseau sanguin et se mouvoir dans le tissu transparent, avec lenteur ; bientôt il cessait de se mouvoir pour demeurer fixé ; or, en le comparant aux granulations susdites, il n'en différait en rien.

Par quelle voie ces globules sortent-ils du torrent circulatoire ? Peut-être y a-t-il aux vaisseaux des ouvertures latérales ? Peut-être le mouvement des globules n'était-il ralenti, puis arrêté, que parce qu'ils étaient engagés dans des vaisseaux trop petits relativement à leur grosseur.

Cette fixation des globules est indubitablement un phénomène de l'ordre de la nature vivante ; cela explique le rôle que jouent les globules sanguins dans la nutrition ; ce sont des cellules vagabondes qui finissent par se fixer et par se joindre au tissu des organes.

Facultés étrangères. — M. Kapustin, Privat-Docent, est proposé pour la chaire d'hygiène à la faculté de Charkow.

REVUE DE CHIRURGIE

XI. De l'intervention chirurgicale dans les hernies étranglées, compliquées d'adhérences ou de gangrène, entérectomie et cistérorrhaphie ; par le Dr Barelle, prosecteur de la Faculté. — Paris, 1883.

XII. Contribution à l'étude clinique des tumeurs solides du scapulum ; par le Dr de Langenhaque. Thèse, Paris, 1883. — Delahaye et Lecrosnier.

XIII. Recherches expérimentales sur la tuberculose des os ; par J.-L. Castro-Soffia. Thèse, Paris, 1884. — Delahaye et Lecrosnier, éditeurs.

XI. L'importance et le nombre des déterminations à prendre dans le cours d'une opération de hernie étranglée font que ce point de la pratique chirurgicale est l'un des plus difficiles et des plus épineux. Si tous les chirurgiens sont d'accord sur la nécessité d'une intervention rapide, ils ne le sont plus sur le mode d'intervention qu'il convient d'adopter. Dans ces dernières années, sous l'influence des progrès de la chirurgie par l'adoption des méthodes antiseptiques, des opérations abandonnées autrefois à cause de leurs dangers, ont pu reparaître non sans succès. M. Trélat, un des premiers (1871), a protesté contre la règle, presque générale autrefois, d'abandonner aux efforts de la nature les anses herniaires maintenues par des adhérences très consistantes, d'autres chirurgiens en France et à l'étranger ont travaillé dans le même sens, si bien qu'aujourd'hui l'entérectomie et l'entérorrhaphie ont à peu près pris place parmi les opérations courantes de la chirurgie hospitalière. Pour rechercher la valeur de la *résection* et de la *suture de l'intestin* dans le traitement des hernies étranglées, le Dr Barette a recueilli tous les faits publiés jusqu'à ce jour ; malheureusement, ces faits sont encore trop peu nombreux pour permettre des conclusions d'une manière absolues. Il est vraisemblable que l'avenir ratifiera, en les accentuant, les conclusions très sages formulées à la fin de ce travail, qui n'est du reste que le commencement d'études plus complètes que l'auteur se propose de poursuivre plus tard.

La dissection est applicable aux adhérences fibreuses et charnues, quand l'état général n'est pas trop mauvais, et si elle produit une solution de continuité, on doit y remédier avec de grandes chances de succès par la suture latérale ; l'auteur ne se prononce point sur la résection et la suture circulaires appliquées aux hernies adhérentes en masse ; il constate seulement qu'elles ont été appliquées une fois avec succès.

A propos des hernies compliquées de gangrène, après avoir constaté que l'établissement d'un anus contre nature est et restera encore longtemps la seule intervention utile entre les mains d'un médecin dépourvu d'assistance et d'outillage suffisants, l'auteur admet que, pour le chirurgien rompu à toutes les manœuvres opératoires, *il ne doit y avoir d'anus contre nature que ceux que l'on trouve établis d'eux-mêmes* (Trélat), et qu'on doit se déterminer, suivant les cas, tantôt pour la suture latérale qui donne de très bons résultats, tantôt pour la suture circulaire, soit en un temps, soit en deux temps, suivant le procédé conseillé et pratiqué par M. Bouilly (*Rev. mens. de chir.*, 1883, p. 362 et 540).

XII. C'est une revue critique, accompagnée d'une série de considérations cliniques et opératoires sur les tumeurs solides du scapulum, parmi lesquelles l'ostéosarcome occupe la place la plus importante. Les symptômes et le diagnostic de ces tumeurs, étudiés avec un soin particulier, les opérations qu'elles nécessitent décrites en détail, et un bon nombre d'observations, font de cette intéressante monographie un travail qui sera lu et consulté avec profit.

XIII. Il est des lésions osseuses que le clinicien diagnostique de nature tuberculeuse, et à l'examen histologique desquelles on ne trouve ni le bacille tuberculeux, ni même la granulation tuberculeuse. D'ailleurs, la présence de celle-ci ne permettrait pas d'affirmer la nature tuberculeuse de la lésion, comme on sait, depuis les recherches

de Martin (injections de poudres irritantes produisant une pseudo-tuberculose à lésions identiques à celle de la vraie tuberculose). Dans ces cas où la recherche des micro-organismes et des granulations ne donne que des résultats négatifs, la nature tuberculeuse de l'affection peut être démontrée par la méthode des inoculations en série; car on retrouve alors, chez les animaux inoculés, les micro-organismes caractéristiques.

Dans une série de recherches poursuivies au laboratoire du collège de France, l'auteur a constaté, d'abord, l'absence du bacille dans des ostéites et dans des abcès ossifluents qui avaient présenté les symptômes ordinaires aux lésions tuberculeuses. Puis, inoculant avec ces produits des animaux, étagés en séries, il a constamment retrouvé les organismes infectieux dans les animaux inoculés. Il conclut que, dans les ostéites tuberculeuses et dans les abcès ossifluents, les bacilles sont excessivement rares, à moins qu'ils n'y soient contenus sous une forme que l'on n'est pas encore arrivé à découvrir; et que le meilleur moyen de reconnaître d'une façon absolument certaine si on se trouve en présence d'une affection tuberculeuse ou non, c'est de recourir aux inoculations en séries.

P. Poirier.

BIBLIOGRAPHIE

Un cas de maladie de Friedreich; par J. Botkin (*Revue médicale*. Moscou 1885, n° 1).

« La maladie de Friedreich » est, comme on sait, cette affection dont M. Friedreich a publié 9 observations, pour la première fois, dans les *Archives de Virchow* (1863 et 1876) et sur le diagnostic anatomique de laquelle les auteurs (Féré (1), Brousse, Leyden, Schultze, Althaus) ne sont pas encore d'accord.

M. Botkin décrit un nouveau cas de cette maladie.

Il s'agit d'un sujet névropathique dont le père était atteint d'une affection tout à fait pareille à la sienne. Au développement de la maladie précédaient les vertiges, la diplopie, l'arthropathie, les violents maux de tête, l'insomnie, l'anxiété. Le développement aigu s'est manifesté dans la période de la puberté. Les principaux symptômes observés sont : ataxie très marquée des membres, du tronc, du cou et des muscles de l'œil (nystagmus) ; trouble ataxique de la parole ; convulsions cloniques, temporaires des muscles masticateurs ; affaiblissement considérable de la force locomotrice des membres ; contractures succédant de temps en temps aux mouvements actifs ou passifs ; renforcement des réflexes tendineux ; cécité de l'œil gauche ; kyphoscoliose légère ; salivation considérable. La sensibilité est complètement intacte, aucune altération dans la région du sphyncter, pas de troubles vaso-moteurs et trophiques. La maladie dure déjà depuis 4 ans ; elle paraît donc être chronique. J. Roubinovitch.

Un caso di neurastenia cerebello-spinale con Agorafobia par B. Salemi-Pace, Palerme, 1882.

Sous ce titre, le professeur B. Salemi-Pace rapporte l'observation d'un jeune homme, d'une famille névropathique, devenu lui-même, sous l'influence d'excès physiques et de causes morales, neurasthénique à un haut degré et agoraphobe. Les symptômes observés chez ce malade n'offrent rien de bien particulier; cependant, l'auteur insiste sur trois principaux : la douleur à la nuque, le vertige, l'agoraphobie, qui lui font admettre, à côté des troubles fonctionnels de la moelle produisant les symptômes ordinaires, l'existence de troubles analogues dans les fonctions du cervelet. Après des considérations plus ou moins spécieuses sur la physiologie de ce dernier organe, dans lequel il place l'origine de la force motrice qui règle nos mouvements dans l'espace et où il localise le sens de l'espace, le professeur en déduit que les phénomènes cités plus haut doivent être dus à un trouble fonctionnel du cervelet, à une sorte d'asthénie cérébelleuse. J. Séglas.

(1) *Progrès médical*, 1882, n° 45.

Richerche sperimentali sulla influença delle sostanze ipnogene sulla nutrizione degli organi; del prof. Salemi-Pace, Palerme, 1884.

L'auteur continuant ses travaux sur les troubles de nutrition des organes et en particulier du cœur chez les aliénés, annonce dans cette communication qu'il recherche l'influence des médicaments hypnotiques dont on use tant chez ces malades sur la nutrition du myocarde. Les animaux, qu'il a soumis à l'action du chloral, de la morphine et de la paraldéhyde ont offert à l'examen microscopique, surtout dans le premier cas, des traces de dégénérescence de la fibre musculaire. Ces expériences seront développées dans un prochain travail. J. Séglas.

Etude pratique sur les maladies de l'estomac, par le Dr Seure (Paris, 1885. — A. Coccoz, libraire-éditeur).

Sous ce titre alléchant, l'auteur se contente d'exécuter quelques variations sur la dyspepsie et les dyspeptiques. Un chapitre important est même consacré à la dyspepsie de Voltaire. Nulle part, dans ce petit volume, on ne rencontre d'observations sérieuses, de conseils utiles et réellement pratiques, malgré la prétention qu'a eue le Dr Seure d'indiquer la préparation des principaux aliments dont les dyspeptiques peuvent faire usage. Nous aurions voulu un peu moins de cuisine et un peu plus de médecine. Ajoutons que M. Seure a pris pour modèle le Dr Leven, qu'il cite à chaque page.

VARIA

Choléra

France. — A *Nîmes* le choléra a fait plusieurs victimes ; on a signalé quelques cas de choléra à Mèze, à Lunel (Hérault), à Bessèges, à Frontignan, à Béziers, à Saint-Pons, à Carcassonne, à Narbonne, à Hendaye (Basses-Pyrénées).

Toulon. — Le 3 septembre on a constaté dans cette ville 32 décès cholériques ; le 4 septembre. 16 ; le 5 septembre, 17 ; le 6 septembre, 5 ; le 7 septembre, 7 ; le 8 septembre, 4 ; le 9 septembre, 2.

TOULON.

	Hôpitaux civils.			Hôpital St-Mandrier.		
	Entrées.	Guérisons.	Décès.	Entrées.	Guérisons.	Décès.
4 septembre.	»	»	1	4	16	6
5 — . .	5	3	1	10	3	»
6 — . .	3	3	2	5	2	1
7 — . .	»	»	»	7	8	1
8 — . ,	»	»	»	8	7	1
9 — . .	»	»	»	»	»	3

	Hôpital Bon-Rencontre.		
	Entrées.	Guérisons.	Décès.
3 septembre. . .	»	»	»
4 — . .	8	5	1
5 — . .	»	»	1
6 — . .	»	»	2
7 — . .	2	»	1
8 — . .	2	2	4
9 — . .	»	»	1

A *Marseille* et à *Toulon*, l'épidémie continue à décroître d'une façon sensible, comme l'on peut s'en assurer par le tableau ci-joint.

	MARSEILLE.		PHARO.		
	Cas.	Décès.	Entrées.	Guérisons.	Décès.
3 septembre	»	12	3	9	»
4 — . .	»	11	5	1	1
5 — . .	»	11	2	4	5
6 — . .	»	10	»	»	4
7 — . .	»	16	2	4	1
8 — . .	»	8	4	»	»
9 — . .	»	8	5	2	2

Espagne. — La situation s'est améliorée, toutefois la décroissance de l'épidémie ne se fait que très lentement.

PROVINCES :	2 SEPTEMBRE. Cas.	Décès.	3 SEPTEMBRE. Cas.	Décès.	4 SEPTEMBRE. Cas.	Décès.	5 SEPTEMBRE. Cas.	Décès.	6 SEPTEMBRE. Cas.	Décès.	7 SEPTEMBRE. Cas.	Décès.	8 SEPTEMBRE Cas.	Décès.
Alicante	»	»	13	3	22	12	10	4	18	5	13	4	10	9
Badajoz.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»
Jaen.	»	»	28	14	18	12	22	23	17	8	17	11	14	8
Murcie.	»	»	62	22	63	30	38	18	30	7	31	14	45	6
Tarragone	»	»	67	17	74	29	66	17	105	30	66	24	96	34
Albacète	»	»	48	8	30	12	67	23	24	14	17	3	9	7
Tolède	»	»	53	31	97	49	67	28	55	26	61	35	49	21
Grenade	»	»	259	66	154	74	348	87	334	31	127	44	152	55
Sarragosse	»	»	165	56	267	77	182	54	»	»	149	40	137	31
Castellon	»	»	56	24	63	24	53	15	23	31	1	3	39	11
Terruel	»	»	110	42	154	43	77	18	53	23	26	5	15	8
Cordoue	»	»	91	32	34	19	65	11	99	35	57	16	42	17
Valence.	»	»	25	11	37	6	28	8	12	5	8	4	11	4
Zamora	»	»	»	»	12	3	234	13	»	»	38	15	83	30
Soria	»	»	55	13	51	19	59	12	39	7	14	9	24	6
Ségovie.	»	»	15	8	36	13	21	10	42	14	27	4	28	7
Navarre.	»	»	230	57	186	48	154	72	109	25	126	38	104	34
Lerida	»	»	28	22	70	20	38	14	42	9	44	15	26	29
Gerone	»	»	66	19	51	12	21	12	19	7	27	29	19	8
Palencia.	»	»	60	9	»	»	54	21	27	4	26	15	13	9
Salamanque	»	»	12	6	»	»	19	4	37	9	24	8	16	4
Guadalajara	»	»	31	1	3	3	7	5	»	»	»	»	11	2
Burgos	»	»	13	7	51	16	14	12	16	5	26	7	43	13
Cuenca	»	»	100	31	145	66	79	19	100	25	74	15	58	16
Ciudad-Real	»	»	94	49	110	57	67	36	69	30	65	30	43	29
Huesca	»	»	50	15	81	57	68	12	21	9	66	9	76	25
Valladolid	»	»	174	39	»	»	100	30	101	24	»	»	»	»
Almeria	»	»	185	67	234	88	102	64	131	57	145	51	143	55
Barcelone.	»	»	154	51	100	68	116	55	110	8	149	58	140	60
Logrono	»	»	71	8	42	16	49	22	72	13	107	20	78	52
Malaga	»	»	107	19	»	»	84	28	76	30	100	20	55	16
Madrid	»	»	13	9	8	4	15	6	17	8	5	10	13	6
Environs	»	»	44	17	47	9	32	12	21	4	29	6	23	5
Gibraltar	»	3	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Santander.	»	»	22	13	18	1	15	12	14	5	10	7	13	5
Cadix	»	»	»	»	45	30	46	10	37	19	85	29	44	14
Séville.	»	»	»	»	»	»	14	»	»	»	»	»	»	»
Irun.	»	»	»	»	»	»	6	»	»	»	»	»	»	»

Italie. — En Italie, quelques cas de choléra auraient été constatés à Ponzone (province d'Alexandrie), à Valmor, Isola, Borgotaro, Solignano et Turgnole (province de Parme), à Vergano, près de Novare, à Piedemonte (province de Caserte), à Rio-Maggiore, près de la Spezzia, à Veltri, à Trivio. D'un autre côté le choléra continuerait à régner à Naples. — On annonce que le choléra vient d'éclater à *Palerme* (le 9 septembre : 7 décès).

Asie. — Au Tonkin l'épidémie serait en décroissance, le choléra aurait été introduit dans le Delta par des débarqués de Formose.

Le choléra d'après la médecine chinoise.

Nous reproduisons ci-dessous, d'après le *Temps*, les extraits de la communication de M. Léon de Rosny, faite à l'une des dernières séances de la Société des études japonaises, sur le choléra d'après la médecine chinoise.

« Le choléra s'appelle, en chinois, *holouan*, c'est-à-dire « le trouble subit. » Les Chinois en reconnaissent deux sortes : le *kan ho-lounn*, ou « choléra sec, » et le *chih ho-louan*, ou « choléra humide. » Ce dernier est considéré comme de beaucoup le plus grave ; car, tandis qu'on guérit généralement du premier dans la proportion de 70 0/0, la mortalité est, pour le second, d'un malade sur deux, lorsqu'on ne prend pas les précautions voulues dès les premiers symptômes de l'épidémie. Les médecins chinois pensent que le choléra se propage de trois manières : 1° par la proximité ou le contact des vêtements portés par une personne qui en a été atteinte ; 2° par la respiration de l'air exposé aux déjections de cholériques ; 3° enfin, par l'atmosphère humide des temps d'orage.

« Une autre observation mérite peut-être d'appeler tout particulièrement l'attention de nos praticiens et du service de la salubrité publique dans nos villes. Les déjections des cholériques ne sont jamais contagieuses pendant le temps où elles sont exposées à la lumière ardente du soleil ; elles sont mortelles très souvent pendant la nuit. Même agitées dans un endroit sans ombre, elles sont absolument inoffensives. La justesse de cette observation a été confirmée à M. de Rosny par plusieurs médecins qui ont résidé dans l'Extrême-Orient.

« Au Japon, où le choléra était inconnu avant l'ouverture récente des ports de commerce de l'Occident, les médecins indigènes prétendent posséder un remède qui assure de nombreuses guérisons, même lorsque l'épidémie se manifeste avec une grande violence. Il s'agit d'une poudre appelée « hautan » (le rouge précieux), qu'on absorbe dans un quart de verre d'eau, dès l'apparition de la diarrhée prémonitoire. On se couche immédiatement après, en ayant soin d'être très couvert, et, vingt-quatre heures plus tard, tout danger a disparu.

« La substance dont est composée cette poudre est, dit-on, le secret d'un pharmacien de Tokio, qui est bien connu aujourd'hui sous le nom même de sa fameuse poudre. Les Japonais ajoutent qu'en dehors des épidémies cholériques, cette poudre est employée avec avantage pour couper court, presque immédiatement, aux diarrhées, aux dyssenteries et à plusieurs autres affections des organes intestinaux ».

La médecine en Chine (1).

Nous croyons intéressant de publier la lettre suivante adressée à un de nos collaborateurs par un haut fonctionnaire chinois :

Monsieur le Docteur,

La lettre que vous m'avez fait l'honneur de m'écrire m'est parvenue au milieu d'occupations multiples, et, malgré mon désir de vous répondre, je n'ai pu encore me procurer ce plaisir. Je vous prie donc de m'excuser sur un retard qu'il n'a pas dépendu de moi de rendre moins prolongé. Aussi bien, vous m'adressez une question qui exigerait des connaissances spéciales que je ne possède pas et je ne puis que vous donner des indications malheureusement insuffisantes. Je me réjouis cependant d'avoir rencontré un docteur en médecine des universités d'Europe qui soit curieux de connaitre notre médecine ; et, pour la rareté du fait, je me suis plu à ouvrir quelques-uns de nos livres où j'ai recueilli, à votre intention, les renseignements qui vont suivre.

Je ne connais que deux ouvrages écrits par des Européens sur la médecine chinoise. Un ouvrage de Lepage : *Recherches sur la médecine des Chinois*, avec cet épigraphe : « *Educens nubes ab extremo terræ.* » Cet ouvrage a été édité à Paris en 1813.

Plus récemment, en 1860, un travail a été publié dans la *Revue d'Orient*, sur la médecine, la chirurgie et les établissements d'assistance publique en Chine. Ce travail a ensuite paru en bro-

(1) Consulter aussi les renseignements que nous avons donnés sur ce sujet dans le *N° des Etudiants* de 1884.

chure et vous pourriez vous la procurer à la librairie Challamel aîné, 5, rue Jacob, à Paris. Voilà les deux ouvrages traitant de la médecine chinoise.

Tous les ouvrages des voyageurs qui parlent de médecine ne doivent pas vous intéresser, car vous m'avez dit que vous cherchiez la vérité. Or, un voyageur ne peut pas être compétent sur le sujet et s'il en parle, il ne peut qu'en parler en amateur. Tout ce que j'ai lu de la médecine dans les récits des voyageurs ne vaut pas la peine d'être lu, surtout par un médecin. Pour se faire une idée de notre médecine, il faudrait au moins avoir lu nos ouvrages spéciaux, ils sont très nombreux. Le catalogue de la bibliothèque impériale ne contient pas moins de 90 ouvrages composés depuis le siècle des Han, c'est-à-dire depuis le X[e] siècle de l'ère chrétienne jusqu'à nos jours. Parmi ces ouvrages, il en est de très considérables, comme, par exemple, le *Traité de thérapeutique*, publié sous les Thang et dont le titre est *Thsien-Kin* ou « *mille lingots d'or.* » Cet ouvrage a 93 livres, c'est une véritable encyclopédie. Il vous semblera évident que pour avoir une opinion sérieuse au sujet de la médecine des Chinois, il faudrait au moins connaître quelques-uns de ces ouvrages et les juger en médecin et en savant, sans préjugés. C'est aussi mon avis.

Dans les livres qui ont été écrits sous la dynastie de Youen au XIII[e] et au XIV[e] siècle de l'ère chrétienne, c'est-à-dire pendant la période la plus florissante de la civilisation chinoise, on trouve des commentaires et des discussions sur l'histoire de la médecine. Il est certain que les progrès de la médecine en Chine datent des premières relations des Arabes avec notre Empire, quoique nos annales parlent de « l'art de guérir » ; des « propriétés des simples » ; et des « attributs du pouls. » Ces connaissances remontent à une très haute antiquité. Nos annales officielles mentionnent les titres de médecin de la cour et de membre du comité de médecine, titres qui étaient acquis au concours, et après avoir publié un ouvrage sur la médecine. Il est certain que l'empereur Koubilaï, au XIII[e] siècle, avait à sa cour des médecins arabes et des médecins chinois et que la médecine était considérée comme une science.

Voici, du reste, quelques titres d'ouvrages qui appartiennent à ce grand siècle :

Un traité des *phlegmasie et de nosologie* en douze livres. On trouve dans la préface de ce livre une réflexion qui pourrait servir de principe et qui me paraît tout au moins originale : « Le médecin doit user des médicaments comme le soldat de ses armes, quand il fond sur l'ennemi. » C'est le principe de la médecine offensive, celle qui attaque la maladie, comme un ennemi ; principe excellent si le malade n'est pas considéré comme belligérant. Il arrive quelquefois, dans la chaleur de l'action, qu'on tue le malade ; cela se voit aussi en Chine.

J'ai à vous citer aussi un manuel de thérapeutique intitulé : *Tang-Yé-Pen-Thsao*, qui est très estimé. Les remèdes sont classés dans cet ouvrage avec une méthode qu'un Européen traiterait de chinoise ; c'est la division que vous connaissez sans doute en remèdes souverains, ministres, auxiliaires et agents. Cet ouvrage est surtout remarquable en ce qu'il oppose l'expérience et l'observation aux textes des anciens livres. L'auteur est donc un innovateur et un audacieux ; car il est extrêmement difficile, dans tous les pays, de vaincre le « *magister dixit.* »

La médecine traditionnelle est un titre de la médecine en Chine, c'est-à-dire que l'art de guérir se transmet dans les familles des médecins, de génération en génération ; ce sont des coutumes qui peuvent s'admettre.

Les traités d'hygiène ne nous manquent pas non plus et l'hygiène est une science. Les maladies sont classées, étudiées pour chacune d'elles ; les remèdes « dont l'efficacité a été constatée » sont indiqués et les livres apprennent non seulement l'art de les composer, mais aussi de quelle manière il faut les employer.

Je crains, Monsieur le Docteur, de fatiguer votre attention et je m'arrête. J'aurais préféré vous dire que les livres dont je vous indique à peine les titres ont été traduits et que vous pourrez vous éclairer plus complètement en les lisant. Malheureusement, ces travaux sont encore à faire et pourront attendre longtemps, aussi longtemps qu'il plaira au canon, ce barbare des civilisés qui n'enfantera jamais la concorde ni la paix. »

Un charlatan chinois.

Le professeur Henri Breitenstein, médecin de régiment dans les troupes des Indes Hollandaises, a envoyé à la *Wiener med. Presse*, une sorte de réclame d'un médecin chinois publié dans un journal chinois. La traduction du journal hollandais « *Java-Bode* » », nous apprend ce qui suit :

« Attestation honorable et impartiale, annoncée avec la trompette d'or de la vérité, par Ngan-Jin, premier secrétaire de l'illustre université de Han-lin, par Tze-Lu, membre de l'Académie impériale, commissaire chancelier de la faculté philologique et par Ky-Nung-Ptsjing, doyen de la faculté médicale de Pekin, pour recommander Tsjung-Tsien, de la province du Quang-Si, savant inimitable et médecin de premier rang.

Liu-Kiang dans le Quang-Si est l'endroit le plus dangereux de tout l'empire du Milieu pour le choléra ; cet endroit serait encore plus dangereux s'il ne nous avait fourni l'occasion de connaître le D[r] chinois incomparable et véridique Tsjung-Tsien. Il y a encore d'autres médecins à Liu-Kiang ; mais là, et dans le monde entier, il n'y a qu'un seul Tsjung-Tsien. Il est inoubliable et seul de son espèce : à ce point de vue, l'eau malsaine et le melon d'eau amer sont des bienfaits du ciel, car les crampes cholériques qu'ils occasionnent nous mettent en rapport avec Tsjung-Tsien.

Cet homme célèbre a tant lu de livres, que le seul son de leurs titres suffirait à réveiller le tympan mort de Kuang-Tai-Hong (dieu sourd de la médecine). Son savoir est si grand, qu'il est toujours prêt à te donner de son sel jaune contre les coliques, ce sel est analogue à l'élément terre, et dans la direction du nord. Pour les maladies du cœur il a son sel rouge, analogue à l'élément feu et dans la direction du sud. Si tu avais l'outrecuidance de prendre le délire en étant en traitement par sa méthode, qui est exatement en harmonie avec la nature, il aura malgré cela pitié de toi, et sera prêt de te pincer à l'os de la folie (1).

Douterais-tu encore du savant Tsjung-Tsien et de son excellente méthode, s'appuyant sur l'autorité de tous les grands savants, inventés par To-Ki, l'empereur céleste, qui vivait avant Hippocrate et découvrit les 8 diagrammes, et continuée jusqu'à Tung-Thin, le sceau des secrets, qui le premier employa la pierre lunaire enfumée contre les verrues ?

La grandeur des tours se mesure à leur ombre, la grandeur des hommes au nombre de leurs détracteurs. L'envie a mesuré Tsjung-Tsien et l'a trouvé très élevé, car le pied de Tsjung-Tsien est profond, il plonge dans les sombres intestins des secrets et sa tête est élevée, elle brille dans la lumière de la vérité. Les pieds sont au fond de la terre, son front s'élève aux étoiles du ciel. Envie Tsjung-Tsien si tu es arrogant ou vain ; vénère-le et suis son exemple, si tu es modeste et sage, car il ne veut que le bien de son prochain. Ne le flatte pas. La flatterie est pour lui une femme qu'il écoute poliment sans croire ce qu'elle dit. Il a plus de racines que de branches et ne peut être renversé par le vent. Parlons-donc de son savoir, qu'il n'a pas le droit de taire, et de sa science, qu'il n'a pas le droit de cacher.

Quand les immortels nous envoyèrent Tsjung-Tsien pour arroser l'humanité souffrante avec l'eau de la source de la santé, son cœur se dilata et il chanta un hymne, en homme bien élevé : il accepta modestement l'ordre et marcha avec joie sur le sentier du bien. Il n'était pas suivi par des porteurs et des ânes, chargés de sacs et de coffres.

Il portait son bagage, si simple et si précieux, lui-même. Dans sa tête, toutes les maximes de Huang-Li, l'empereur des médecins ; le savoir entier de Li-Tung le docteur immortel : toutes les ordonnances que le philosophe Ko portait dans ses manches : tous les exorcismes que le magicien Tun a accumulés dans la tête, tout le savoir de Wu-ti ; toutes les règles de Sjun-Sjimin (le grand calculateur), tous les mots célèbres de Khian-Lung (le critique) ; tous les éléments dorés de Jen-fo ; toutes les formules de Sun-King ; toutes les pilules en perles de Saï-Kui et tous les rubis de Hu-Kek.

Avec les yeux de Lu-Feh (le rayon solaire), il voyait : il observait avec l'intelligence de Kah Thung (l'aimant) il diagnostiquait avec l'exactitude de Tseng-Tsing-yu (l'index), il prescrivait avec la force de Tse-Jin (le talisman) : aussitôt le monde fut soulagé.

Tsjung-Tsien n'est pas un charlatan et n'a pas besoin de beaucoup de paroles. Son savoir est son seul bouclier, Si tu le cherches, tu ne trouveras que lui, même si tu rencontrais un millier de docteurs. Là où il y a du musc, on sent l'odeur, même si l'on n'est pas sous le vent.

Tsjung-Tsien n'est pas une poule aveugle, cherchant des vers, où elle peut en trouver. Son savoir est sûr. Il ne monte pas sur un arbre pour y prendre des poissons et n'examine pas le foie chez un poitrinaire. Il ne guérit pas la calvitie d'un prêtre avec des olives et ne cherche pas à guérir des maladies incurables. Ce n'est pas une tortue, ne voyant du fond d'un trou, qu'une petite parcelle du ciel ; son œil tranquille et clair voit l'univers entier, comme d'une tour et voit en un clin-d'œil tout ce qui existe en réalité ou en rêve : les solutions scientifiques, les erreurs de l'ignorance et les faussetés du mensonge. Il sait que toute erreur dure peu, que malgré 100 millions de mensonges la vérité reste telle quelle. C'est pourquoi il attend en souriant. Ses prix sont aussi très modiques. L'encens brûle nuit et jour devant sa porte. Quand l'empereur entend prononcer le nom de Tsjung-Tsien il ferme les yeux et fait

(1) La pomme d'Adam ? Chaque fois que j'ai été appelé auprès d'un chinois qui délirait, je vis au-dessus du larynx de profondes sugillations, provenant de pincements énergiques.
(D[r] H. Breitenstein.)

ah ! 10,000 dieux et sages auraient besoin d'une éternité pour dénombrer le nombre des cures heureuses obtenues *sans mercure*. Car ses prix sont très modiques.

Sa mémoire est infaillible, la taille de son nez égale sa dignité : son cœur est tendre, son poing arrondi. Sa voix est sonore et ses lunettes, montées en écailles, ont des verres de 2 1/2 pouces de diamètre. Sa longue queue est enroulée et ses manières professionnelles. Il a en outre un petit signe fatidique sous l'œil gauche.

Malgré cela, ses prix sont très modiques.

Dans la théorie de Tsjung-Tsien chaque organe correspond à un des 5 éléments, la terre, le bois, le métal, le feu et l'eau, qui peuvent être tour à tour chauds, froids, humides, secs, venteux ou non venteux. Ils se relient aux 5 directions du ciel (midi, sud, est, ouest et nord), et sont représentés par les 5 couleurs : jaune, vert, blanc, rouge et noir. Ainsi le cœur, rattaché au feu, correspond à la direction du sud et est représenté par la couleur rouge.

C'est pourquoi les affections du cœur proviennent d'un excès de chaleur et de sécheresse, doivent être guéries par des médicaments noirs et dans la direction du noir, qui représente l'eau. Les intestins, dont l'élément est la terre, avec direction du midi, sont représentés par la couleur jaune. C'est pourquoi les maladies intestinales proviennent d'un excès de vent et doivent être soignés par un médicament formé de noir, de blanc, de vert et de rouge, analogue aux directions nord, ouest, est et sud, représentant les éléments terre, métal, bois et feu ; ainsi sera combattu l'élément vent.

On voit que le savoir de Tsjung-Tsien est grand et incomparable.

Malgré cela, ses prix sont modiques.

Ecrit en caractères d'or sur 17 rouleaux de soie cramoisie dans la ville impériale.

Dynastie Ta-Tjing, Hien-fung, 2e année, janvier dans un jour à présages heureux. »

Nous ne pouvons décider si nous avons affaire ici à un diplôme de docteur chinois, car nous n'en avons jamais vu, ou à une réclame. Dans ce dernier cas, nos félicitations, car nos plus célèbres charlatans ne sont pas arrivés jusque-là. Malgré cela nous voyons que les Chinois connaissent le choléra, les écrits d'Hippocrate, le mercure, et les anti-mercurialistes (*sic*).

Les théories étiologiques chinoises sont fort curieuses quoique incompréhensibles. Le refrain sur la modicité des prix est une vraie merveille : *utile dulci*.

Les Chinois semblent ne connaître que la trompette réclame et pas le tambour réclame (*Wien. med. Presse*, 23 août 1885).

Un aimable confrère (1).

Jeunesse, irréflexion, mauvaise éducation professionnelle, jalousie outrée, envie de nuire à un ennemi, tout cela est nécessaire pour expliquer la conduite coupable d'un médecin de Lodelinsart envers l'honorable confrère de Jumet, le docteur Quinet. Voici les faits :

Le 6 décembre 1883, le Dr Quinet est appelé pour un petit malade blessé à la cuisse ; il prescrit 20 grammes d'onguent mercuriel pour frictions, et 50 centigrammes de calomel comme purgatif. Après trois visites, on change de médecin. Le 2 janvier 1884, l'enfant meurt et le jeune médecin déclare que le décès a eu lieu à la suite d'un empoisonnement mercuriel. Or, l'examen du cadavre ne permet pas de constater la moindre altération mercurielle : les Drs Deglimes, Deffernez et Houtard ont pu s'en assurer. De plus, parmi les trois prescriptions du jeune et imprudent médecin, une seule renferme deux grammes de chlorate de potasse ; donc il n'y a pas pu avoir grand chose. Il y avait évidemment intention malveillante de nuire, en accusant le Dr Quinet d'avoir produit un empoisonnement mercuriel. Le Dr Quinet a porté, avec raison, la question devant l'Association médicale de Charleroi et a intenté une action civile à son détracteur.

L'Association de Charleroi, dans sa séance du 8 janvier 1885, après un exposé des faits, a décidé à l'unanimité que désormais ce jeune médecin serait indigne à tout jamais de faire partie de la Société.

L'affaire a été portée devant le tribunal de Charleroi, qui à condamné, le 21 juillet 1884, le jeune médecin à 4.000 de dommages-intérêts en faveur de M. le Dr Quinet.

Ce jugement ne lui a pas suffi, il s'est pourvu en appel et la 1re Chambre de la Cour d'Appel de Bruxelles, dans son audience du 5 juillet 1885, a confirmé la sentence des premiers juges. — Puisse cette sévère et juste leçon être méditée par beaucoup de confrères (*Journal d'accouchements*, 30 aout, 1885).

(1) On trouvera dans le *Scapel* du 23 août 1885 tous les documents concernant cette affaire.

FORMULES

6. Paracotoïne.

Isolée du paracoto en 1876, par MM. Jobst et Hess, la paracotoine se présente sous forme d'une poudre cristalline d'un blanc jaunâtre, insipide, d'une odeur particulière, légèrement balsamique. Très peu soluble dans l'eau, elle se dissout dans l'alcool bouillant, est peu soluble dans l'alcool à froid et l'eau bouillante, insoluble dans l'ammoniaque (Würtz).

Les effets physiologiques de la paracotoïne sont les mêmes que ceux de la cotoïne (v. *Progrès méd.*, no 24), mais moins accentués.

Le mode d'emploi de la paracotoïne est le même que celui de la cotoïne ; hypodermiquement elle semble n'avoir été employée que rarement.

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 30 août au samedi 7 septembre 1885, les naissances ont été au nombre de 1,142 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 442 ; illégitimes, 148. Total, 590. — *Sexe féminin* : légitimes, 402 ; illégitimes, 150. Total, 552.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 30 août au samedi 7 septembre 1885, les décès ont été au nombre de 878, savoir : 475 hommes et 403 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 12, F. 13, T. 25. Variole : M. 3, F. 2, T. 5. — Rougeole : M. 8, F. 1, T. 9. — Scarlatine : M. 5 F. 1 T. 6. — Coqueluche : M. 4, F. 2 T. 6. — Diphthérie, Croup : M. 7 F. 9, T. 16. — Dyssenterie : M 3. F. 0, T. 3. — Erysipèle : M. 2, F. 1 T. 3. — Infections puerpérales : 4 — Autres affections épidémiques : M. ., F. ., T. .. — Méningite tuberculeuse et aiguë : M. 10 F. 19, T. 29. — Phthisie pulmonaire : M. 100, F. 64. T. 164. — Autres tuberculoses : M. 14, F. 10, T. 24. — Autres affections générales : M. 23, F. 32, T. 55. — Malformations et débilité des âges extrêmes : M. 26, F. 26, T. 52. — Bronchite aiguë : M. 5, F. 9, T. 14. — Pneumonie : M. 37, F. 38, T. 75. — Athrepsie : M. 77, F. 46. T. 123. — Autres maladies des divers appareils : M. 115, F. 115, T. 220. — Après traumatisme : M. ., F. ., T. .. — Morts violentes : M. 18, F. 10. T. 28. — Causes non classées M. 6, F. 1, T. 7.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 78 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 30 ; illégitimes, 14. Total : 44. — *Sexe féminin :* légitimes, 27 ; illégitimes, 7. Total : 34.

Faculté de médecine de Paris. — Le personnel des travaux pratiques de physique à la Faculté de médecine de Paris pendant l'année scolaire 1885-1886, est composé comme suit : MM. Guebhard, chef des travaux ; Sandoz, préparateur ; Mergier, préparateur. — Le personnel des travaux pratiques de chimie à la Faculté de médecine de Paris, pendant l'année scolaire 1885-1886, est composé comme suit : MM. Hanriot, chef des travaux ; Monange, préparateur ; Combes, préparateur-adjoint ; Groslous, préparateur-adjoint ; De Thierry, préparateur-adjoint. — Le personnel des travaux pratiques d'histoire naturelle à la Faculté de médecine de Paris, pendant l'année scolaire 1885-1886, est composé comme suit : MM. Faguet, chef des travaux ; Arthault, préparateur-adjoint (zoologie) ; Berger, préparateur-adjoint (botanique) ; Blondel, préparateur-adjoint (botanique). — Le personnel des travaux pratiques de physiologie à la Faculté de médecine de Paris, pendant l'année scolaire 1885-1886, est composé comme suit : MM. Laborde, chef des travaux ; Rondeau, préparateur ; Gley, préparateur ; Pignol, préparateur-adjoint ; Martin, préparateur-adjoint. — Le personnel des travaux pratiques d'histologie à la Faculté de médecine de Paris, pendant l'année scolaire 1885-1886, est composé comme suit : MM. Cadiat, chef des travaux ; Grancher, préparateur, Sapelier, préparateur-adjoint ; Launois, préparateur-adjoint ; Valude, préparateur-adjoint ; Chatellier, préparateur-adjoiut. — Le personnel des travaux pratiques d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Paris, pendant l'année scolaire 1885-1886, est composé comme suit ; MM. Gombault, chef des travaux ; Brault, préparateur ; Chantemesse, préparateur ; Durand-Fardel, moniteur ; Jardet, moniteur ; Dubar, moniteur.

Faculté de médecine de Lille. — On nous annonce que M. Giard, dont les travaux bien connus sont estimés de tous les hommes qui s'occupent des sciences naturelles, vient d'être forcé, sous la pression d'intrigues réactionnaires, de donner sa démission de professeur. Nous avons peine à croire à une nouvelle aussi invraisemblable ; aussi ne l'annonçons-nous que sous toutes réserves.

Faculté de médecine de Montpellier. — M. Chalot, agrégé près la Faculté de médecine de Montpellier, est chargé, pendant l'année scolaire 1885-1886, du cours de pathologie externe

à ladite Faculté, en remplacement de M. Boyer, admis à faire valoir ses droits à une pension de retraite.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — M. VAUTRIN (Alexis), docteur en médecine, est institué, pour une période de trois ans, chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Nancy, en remplacement de M. Guillemin, dont le temps d'exercice est expiré. — M. SCHEEL (Joseph), docteur en médecine, est institué, pour trois ans, chef de clinique obstétricale, en remplacement de M. Rémy, dont le temps d'exercice est expiré.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Est approuvée l'élection faite, par l'Académie de médecine, de M. Emile Javal, pour remplir la place de membre titulaire, devenue vacante dans la section de physique et chimie médicales, par suite du décès de M. Würtz.

CONCOURS *pour le clinicat de la Faculté de médecine de Lyon.* Le 29 octobre 1885, il sera ouvert devant la Faculté, des concours pour quatre places de chef de clinique : A, médicale ; B, chirurgicale ; C, obstétricale ; D, ophthalmologique.

CONGRÈS DE PHARMACIE. — Du 31 août au 6 septembre, a eu lieu à Bruxelles le sixième congrès international de pharmacie, auquel assistaient des délégués de tous les pays. Voici les principaux vœux émis par cette réunion : « *Voir établir, partout où il n'existe pas encore, un diplôme donnant seul droit à l'exercice de la pharmacie. Exiger des aspirants pharmaciens les mêmes études préparatoires que des médecins, docteurs ès sciences, etc. Dresser un programme contenant le minimum des connaissances à exiger des pharmaciens. Dans tous les pays, remplacer les titres actuellement existant de maître, chimiste, etc., par celui de docteur en pharmacie. Les gouvernements sont invités à nommer une commission spécialement chargée d'analyser les eaux consommées ou employées chez eux.* » La question de la publication d'une pharmacopée internationale et celle relative à la limitation du nombre des officines, sont renvoyées au prochain Congrès qui aura lieu à Malines en 1888 (*Semaine médicale*, 9 septembre).

ECOLE DE MÉDECINE DE CAEN. — Par arrêté du Ministre de l'instruction publique, des beaux-arts et des cultes, en date du 7 septembre 1885, un concours pour un emploi de chef des travaux anatomiques s'ouvrira le 8 mars 1886, à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Caen. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

MISSIONS SCIENTIFIQUES. — M. NEIS, médecin de 1re classe de la marine, est chargé d'une mission au Tonkin, en vue d'y recueillir des collections scientifiques destinées à l'Etat. — M. Henri LAVOIX, administrateur de la bibliothèque Sainte-Geneviève, est chargé d'une mission en Suède et en Norvège, afin de négocier de nouvelles relations d'échanges entre la France et ces Etats et d'étudier les moyens les plus propres à augmenter le fonds scandinave de la Bibliothèque Sainte-Geneviève.

INSPECTION MÉDICALE DES ÉCOLES. — Par arrêté préfectoral en date du 21 août 1885. M. le Dr Duroziez est nommé médecin inspecteur des écoles pour la 3e circonscription du 1er arrondissement, en remplacement de M. le Dr Le Noir, décédé. La durée du mandat du Dr Duroziez expirera le 16 mars 1887. M. le Dr Richard, médecin-inspecteur de la 1re circonscription, est chargé, du 16 avril au 30 septembre 1885, du remplacement de M. le Dr Le Noir.

INSPECTION MÉDICALE, — *Réorganisation du service dans les cantons de Charenton et de Pantin.* Par un arrêté préfectoral en date du 29 mai 1885, le tableau des circonscriptions d'inscription médicale du canton de Charenton au nombre de six, et du canton de Pantin, au nombre de quatre, et la liste des établissements compris dans chaque circonscription ont été arrêtés ainsi qu'il suit pour la période qui doit s'écouler du 1er janvier 1885 au 1er janvier 1888 : *Canton de Charenton.* — 1re circonscription. — Charenton Alfort, 23 ; — 2e circonscription. — Saint-Maurice, Gravelle, Joinville, Saint-Maur (centre), 25 ; — 3e circonscription. — Nogent, Le Terreux. Bry-sur-Marne, 25 ; — 4e circonscription. — La Varenne, Le Parc, Champigny, 22 ; — 5e circonscription. — Adamville, Creteil, Bonneuil, 19 ; — 6e circonscription. — Maisons, Alfortville, 25. — *Canton de Pantin.* — 1re circonscription. — Pantin (Quatre-Chemins), Pantin (centre, école de filles), 23 ; — 2e circonscription. — Pantin (centre, école de garçons et école maternelle), Pré-Saint-Gervais, Bobigny, 27 ; — 3e circonscription. — Bagnolet, Romainville, les Lilas, 21 ; — 4e circonscription. — Noisy-le-Sec, Bondy, Drancy, Le Bourget, 19.

CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE. Par décret en date du 31 août 1885, M. CHALURÉ a été promu, après concours, au grade de phamacien-professeur de la marine.

STATUE DE BROCA. — Le 8 septembre a eu lieu à l'école des Beaux-Arts l'ouverture de l'exposition du concours pour l'érection d'une statue au docteur Broca ; cinquante concurrents ont pris part à ce concours. — Rappelons que l'exposition des maquettes durera quinze jours, de dix heures du matin à quatre heures du soir. Le jugement sera rendu le jeudi 17 septembre.

NÉCROLOGIE. — Le Dr CAUVAIN, ancien médecin de marine, est mort à Toulon le 4 septembre du choléra. — Le Dr Pierre PETIT, ancien interne des hôpitaux de Lyon, est décédé à Lyon le 28 août. — MM. LUGOTTE et BONNET, médecins militaires, décédés au Tonkin du choléra. — Le Dr MIGON, décédé à Paris, le 2 septembre, à l'âge de 59 ans. — Dr BÉRIGNY (de Versailles). — La *Revista medica de Sevilla* annonce la mort du Dr D. Francisco J. Lasso de la Vega y CHICHON professeur de pathologie générale à la faculté de médecine de Séville. — Le Dr Francisco José do CUNHA VIANNA, professeur honoraire de l'école de médecine de Lisbonne, est décédé le 31 août dernier. Il avait publié en 1854, en collaboration avec le professeur Barbosa, un mémoire intitulé : *Ensaio sobre a cholera epidemica.* Il collabora ensuite à la rédaction de la pharmacopée portugaise. — Le Dr Paul BÖRNER (de Berlin), est mort dans cette ville le 30 août d'une péritonite aiguë. Il était né le 25 mai 1829. D'abord étudiant en droit, il fit ensuite ses études médicales à Königsberg, Würzburg et Greifswald. Rédacteur en chef du « *Deutsch. med. Wochenschrift*, il publia en 1879 un « *Jahrbuch der Practischen Medicin* » qui en est à sa 7e année : on a encore de lui « *Hygienischen Führer durch Berlin.* — Le Dr L. LUNIER, membre fondateur et secrétaire général de l'association française contre l'abus des boissons alcooliques, membre de l'Académie de Médecine, inspecteur général honoraire du service des aliénés, est décédé le 5 septembre dernier à l'âge de 63 ans. Nous citerons parmi les travaux qu'il a publiés : *Recherches sur la paralysie générale progressive*, thèse, 1849; — *De l'aliénation mentale et du crétinisme en Suisse*, 1868 ; — *Recherches sur quelques déformations du crâne observées dans le département des Deux-Sèvres*, 1852 ; — *Des aliénés, des divers modes de traitement et d'assistance qui leur sont applicables*, 1865 ; — *Des placements volontaires dans les asiles d'aliénés, étude sur les législations française et étrangère*, 1868 ; — *Des aliénés dangereux*, 1869 ; — *Projet de statistique applicable à l'étude des maladies mentales*, 1869 ; — *De l'augmentation progressive du chiffre des aliénés et de ses causes*, 1870 ; — *De l'isolement des aliénés*, 1871 ; — *De l'origine et de la propagation des sociétés de tempérance*, 1871 ; — *De l'influence des grandes commotions politiques et sociales sur le développement des maladies mentales*, 1874 ; — *Rôle des boissons alcooliques dans l'augmentation du nombre des cas de folie et de suicides*, 1872 ; — Divers articles dans le *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique* (Jaccoud) : *Folie* (Législation) ; — *Crâne* (*déformations artificielles du*) ; — *Crétinisme* ; et un certain nombre d'autres travaux qui de même que les précédents ne survivront guère à leur auteur. Il était aussi un des directeurs des *Annales médico-psychologiques*, où il a fait paraître un certain nombre d'articles.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie ALCAN, 108, boulevard St.-Germain.

CORNIL et BABÉS. — Les bactéries et leur rôle dans l'anatomie et l'histologie pathologiques des maladies infectieuses. Un vol. in-8 de 696 pages, avec 156 figures et un atlas in-8 de 27 planches en chromo-lithogravure, avec explication. — Prix : 25 fr

Librairie P. SAVY, 11, Boulevard St-Germain.

LUNIER (L.). — Du vinage et de l'alcoolisation des vins. Brochure in-8, de 48 pages. — Prix: 2 fr.

Librairie A. COCCOZ, 11, rue de l'Ancienne-Comédie.

WICKHAM (E.). De la cure radicale du varicocèle par la résection du scrotum. Brochure in-8, de 94 pages, avec 7 figures.

13e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. II. N° 38 BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 19 SEPTEMBRE 1885.

Le Progrès Médical

CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIQUES

Faculté de médecine de Lille. — **M. H. LELOIR.**

Leçons sur la Syphilis (1);

Professées à l'hôpital Saint-Sauveur.

SEPTIÈME LEÇON. 27 FÉVRIER 1885.

Sommaire. — *Formes variables du chancre syphilitique (Variétés).* — 1° Variétés d'origine épithéliale. — Deux types principaux, suivant que le chancre siège sur un tégument kératinisé ou non; suivant qu'il existe une couche cornée vraie à la surface des altérations épithéliales du chancre, ou non. — Pour bien comprendre ces variétés il nous faut partir du chancre de la peau. Chancre cutané. — *A. Chancre pustuleux ou ecthymateux.* — Son aspect clinique — Son anatomie pathologique. Processus de *vésico-pustulation;* formation d'un reticulum épidermique par altération cavitaire. — a. Comparaison clinique et anatomique du chancre diphthéroïde des muqueuses avec le chancre pustuleux — Le chancre diphthéroïde des muqueuses = le chancre pustuleux de la peau. Le chancre diphthéroïde des muqueuses moins sa fausse membrane = le chancre ecthymateux de la peau dépouillé de sa croûte = dans les deux cas l'érosion chancreuse rouge.

B. Chancre papulo — desquamatif. — Son aspect clinique — son anatomie pathologique. — Les lésions épithéliales de ce chancre sont des lésions de *desquamation* et non de vésico-pustulation. *b* Comparaison du chancre papulo-desquamatif sec de la peau; avec certaines variétés de chancres érosifs rouges des muqueuses. — Le chancre papuleux sec ou desquamatif de la peau = le chancre rouge primitif ou desquamatif des muqueuses — Dans certaines circonstances, le chancre de la peau peut prendre l'aspect du chancre des muqueuses; et réciproquement. Exemple: Raisons anatomo-pathologiques. — Les propositions précédentes ne sont pas applicables seulement au chancre; mais aux diverses variétés de syphilides et à toutes les lésions élémentaires de la peau, spécifiques ou non.

2° Variétés d'origine néoplasique. *A*. Grosses indurations. *B*. Le syphilôme primaire peut devenir non résolutif; le chancre peut devenir ulcéreux. *a*. Ulcération par nécrose partielle du syphilôme — aspect clinique — anatomie pathologique. — *b*. Ulcération par nécrose totale du syphilôme primaire. — c. Ulcération par nécrose totale du syphilôme primaire avec nécrose partielle des tissus ambiants. — Donc, dans certains cas, le syphilôme primaire peut ne pas être résolutif. Importance du fait au point de vue de la pathologie générale de la syphilis.

Evolution du chancre. — Durée. — Cicatrisation. — 1° Durée du chancre. — Durée générale. — Distinction. — *A*. Durée de l'érosion chancreuse. — Variétés de durée. *B* Durée de l'induration. — Variétés. 2° De la cicatrisation du chancre. — De la cicatrice. Fréquence de la cicatrice? Opinions contradictoires des auteurs à cet égard. Nécessité de recherches nouvelles. — Distinction à établir. — Causes d'erreur à éviter. On peut résumer de la façon suivante la question de la cicatrice du chancre: — a. La cicatrice peut manquer. *b*. La cicatrice peut être minuscule, superficielle. — Variétés. *c*. La cicatrice peut être accentuée. — Variétés. — *d*. La cicatrice peut être saillante, kéloïdienne. — Variétés. — Anatomie pathologique. — Processus de réinduration ou de congestion au niveau de la cicatrice. — Cas cliniques curieux de poussées successives de congestion au niveau de la cicatrice.

FORMES VARIABLES DU CHANCRE (VARIÉTÉS).

Telle est, Messieurs, la description générale du chancre. Il nous faut maintenant, cette étude du chancre typique terminée, étudier rapidement les formes du chancre, ses variétés. Ces variétés peuvent, à mon avis, se diviser en deux grands groupes principaux, suivant que la forme dépend de l'érosion, des altérations épidermiques de la surface du chancre, ou suivant que la forme dépend de modifications dans l'aspect et l'évolution du syphilôme primaire.

Donc nous aurons à étudier : 1° les variétés d'origine épithéliale et 2° les variétés d'origine néoplasique.

1° *Variétés d'origine épithéliale.* — Ces variétés dépendent du siège, de la situation des lésions épidermiques dans un épiderme kératinisé (tégument externe) ou dans un épiderme non kératinisé (tégument interne, muqueux.)

Par conséquent, il y a deux types de chancres au point de vue épithélial, le chancre des muqueuses vraies, le chancre de la peau vraie. Il faut noter, comme nous le verrons, que lorsque la muqueuse perd ses caractères de muqueuse, n'est plus vraie, se kératinise, et, par conséquent, se rapproche de la peau, le chancre d'une muqueuse ainsi kératinisée peut présenter l'aspect d'un chancre cutané. Et réciproquement, lorsque la peau perd ses caractères de kératinisation, et se rapproche ainsi d'une muqueuse, le chancre cutané présente l'aspect d'un chancre des muqueuses.

Ces différences d'aspect proviennent en somme, ainsi que je vous l'ai déjà indiqué en partie à propos de l'histologie pathologique, de l'existence ou de l'absence, à la surface du chancre, *de cette pellicule d'une importance majeure dans les processus de vésico-pustulation, etc., je veux parler de la couche cornée.*

Il nous faut dans cette étude, pour bien comprendre l'évolution de la lésion épidermique, commencer par le chancre de la peau. Le chancre cutané peut présenter les deux types suivants : chancre pustuleux, chancre papuleux.

a) Le *chancre pustuleux* se présente sous forme d'une pustule plus ou moins grande, plutôt plate que saillante, de dimension variable, mais ne dépassant guère le diamètre d'une pièce de 50 centimes. Au début c'est une véritable pustule plate, comme vous l'avez pu constater sur notre malade de Saint-Damiens, atteinte de chancres du sein (n° 30 du *Recueil d'observations*) et comme vous pouvez le constater sur ce moulage de chancres multiples du sein, provenant d'une malade que j'ai observée en 1883, à Saint-Louis, dans le service du professeur Fournier. Mais la durée de cette pustule est en général éphémère, et rapidement, cette sorte de pustule d'ecthyma se transforme en une croûte brunâtre plus ou moins épaisse et plus ou moins foncée qui, lorsqu'on la détache, laisse apparaître sous elle l'érosion chancreuse. Vous en avez vu quelques beaux exemples dans notre salle des hommes. Il s'agissait de chancres croûteux du fourreau de la verge, du scrotum, etc.

L'anatomie pathologique de cette pustule dont je vous présente des préparations et des dessins, est celle des vésico-pustules en général, de la pustule d'ecthyma simple ou de variole par exemple.

Que se passe-t-il? Ainsi que je l'ai montré dans mes

(1) Voir *Progrès médical*, nos 11, 12, 16, 17, 20, 21, 25, 27, 29 33 et 35.

travaux, 1878 et 1880 (1), une partie des cellules épidermiques (cellules des couches superficielles) subit la *transformation cavitaire.* Une partie de l'épiderme se trouve ainsi transformée en un réticulum dont chaque maille correspond à une cellule ayant subi l'altération cavitaire. Mais bientôt les liquides et le pus venus du derme pénètrent ce réticulum, le dissocient, les cellules cavitaires s'ouvrent les unes dans les autres, constituant ainsi des cavités secondaires et tertiaires qui se remplissent de liquides fibrino-purulents. La pustule du chancre ecthymateux est constituée.

Si cet épiderme ainsi altéré se dessèche sur place, on aura le chancre croûteux.

Si cette croûte est enlevée, on aura l'érosion chancreuse rouge de la peau.

Opposons de suite à ce chancre cutané que nous venons de décrire le chancre des muqueuses dont l'étude clinique nous a servi de type dans la description du chancre en général. Sur la muqueuse proprement dite, il n'y a pas d'épiderme corné vrai. Cependant le processus de vésico-pustulation, les lésions de l'altération cavitaire se produisent également et identiquement à la description précédente dans les couches plus ou moins superficielles de cet épiderme muqueux. Mais, fait majeur, l'épiderme corné manquant à la surface de cet épithélium altéré, les liquides et le pus venus du derme ne peuvent soulever la cuticule formée par cet épiderme corné. Il en résulte que le réticulum épithélial au lieu d'être entraîné en haut par cet épiderme corné, s'affaisse et se laisse imbiber par les liquides fibrino-purulents venus du derme. C'est ainsi que le chancre, au lieu de se présenter sous forme d'une pustule, se présentera sous forme d'une érosion recouverte d'une fausse membrane. Ici, la fausse membrane n'est donc autre chose qu'une pustule dont le réticulum épithélial s'est affaissé par suite de l'absence de couche cornée.

Donc, chancre diphthéroïde des muqueuses = chancre pustuleux de la peau.

Enlevez cette couche diphthéroïde, cette fausse membrane, le chancre gris ou diphthéroïde de la muqueuse vous apparaîtra rouge.

Donc, chancre diphthéroïde des muqueuses — fausse membrane = chancre croûteux de la peau dont la croûte a été détachée = dans les deux cas, érosion chancreuse rouge. Les figures demi-schématiques suivantes vous donnent une bonne idée de l'évolution du processus.

b) Chancre papulo-desquamatif. — Dans d'autres cas, le chancre cutané se présente sous forme d'une papule sèche. C'est une papule lenticulaire plus ou moins grande dont la surface, surtout au centre, est recouverte d'une squame. Tels étaient les chancres d'inoculations de Belhomme, de Gibert, tels étaient les chancres sous forme de papules sèches de Dubuc et de Lancereaux. Vous en avez vu plusieurs beaux exemples dernièrement dans le service. Si l'on examine histologiquement un de ces chancres papuleux ou squameux, on constate que les lésions épidermiques diffèrent notablement de celles que nous venons de décrire.

Nous sommes ici en présence des lésions de l'épiderme aboutissant à la desquamation et non à la vésico-pustulation. C'est-à-dire que, au centre de la lésion élémentaire, là où se produira la squame, on constate : qu'un certain nombre de cellules du corps de Malpighi présentent l'altération décrite par Cornil et Ranvier, sous le nom d'atrophie du noyau par dilatation du nucléole; altération importante dans les processus de desquamation et différant totalement par son siège anatomique et son évolution de l'altération cavitaire qui préside aux processus de vésico-pustulation. La couche granuleuse peut faire complètement défaut. Dans d'autres cas, elle s'atrophie plus ou moins complètement et

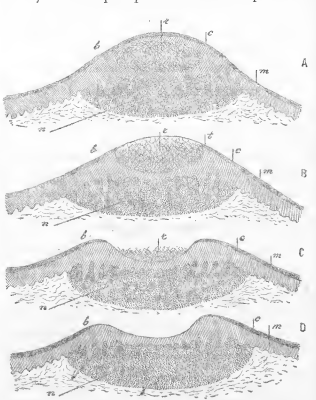


Fig. 75. — A. *Chancre pustuleux.* c. Couche cornée. — *m.* Corps muqueux de malpighi ayant subi en *r* l'altération cavitaire et ainsi transformé en un réticulum imbibé de pus et de liquides venus du derme qui soulèvent la couche cornée. — *b.* Bords du chancre. — *n.* Induration chancreuse. Syphilôme.

Fig. 76. — B. *Chancre pustuleux* dont la cuticule épidermique commence à s'enlever et mettra ainsi à nu le foyer de la pustule, le reticulum *r* — c. Couche cornée. — *r* réticulum. — *m.* Corps de malpighi. — *n.* syphilôme.

Fig. 77. — C. *Chancre gris ou diphthéroïde.* *m.* Corps de malpighi. — c. Couche cornée disparue en *r* où le reticulum épidermique affaissé se montre à nu, constituant la fausse membrane du chancre gris. — *b.* Bords de l'érosion chancreuse. — *n.* Syphilome.

Fig. 78. — D. *Chancre rouge,* provenant de la chute complète de la fausse membrane.

ces cellules sont bien moins chargées d'éléïdine comme l'a remarqué justement le D[r] Suchard dans d'autres affections squameuses.

La couche cornée de l'épiderme est souvent tombée. Lorsqu'elle ne l'est pas, on constate qu'un grand nombre de ses cellules ont conservé leur vitalité, c'est-à-dire qu'elles présentent un noyau et un protoplasme se colorant nettement par le carmin. J'ai signalé, avec le D[r] Vidal, il y a quelques années, cette lésion de la couche cornée dans différents processus squameux (1). Nous la retrouvons à la surface de certains chancres. Il existe en outre dans le corps de Malpighi une certaine quantité de cellules migratrices, mais en bien

(1) H. Leloir. — *Altération spéciale des cellules épidermiques* (*Société de biologie*). — *Archives de physiologie*, 1878. *Formation des pustules et fausses membranes sur la peau et les muqueuses.* — *Institut* 1879. — *Archives de physiologie* 1880.

(1) H. Leloir et E. Vidal. — *Recherches sur l'anatomie pathologique du Psoriasis, du Lichen, etc.,* in *comptes-rendus de la Société de biologie* 1881-83.

moins grande abondance que dans le corps de Malpighi des chancres pustuleux.

En somme, dans ce chancre sous forme de papule sèche, il n'y a pas de processus de vésico-pustulation, pas de réticulum épidermique, partant pas de fausse membrane.

Ce chancre correspond donc à certains chancres des muqueuses qui, de suite (j'oserais presque dire primitivement) présentent l'aspect rouge, une fois tombée la mince pellicule épidermique correspondant à la squame.

A la surface de cette variété de chancre desquamatif des muqueuses, il n'y a jamais eu de fausse membrane grisâtre, jamais de réticulum épidermique. En un mot, comme vous le voyez, sur ces préparations et ces dessins, le chancre papuleux sec de la peau correspond à certains chancres érosifs des muqueuses, chancres dits épithéliaux (chancres maculeux de Besnier et Doyon), où la rougeur provient de la chute de la cuticule épidermique superficielle, sans formation de fausses membranes. Donc, chancre papuleux sec ou desquamatif de la peau = chancre rouge primitif ou desquamatif des muqueuses.

Il résulte de tout ce qui précède, que lorsque la peau perd sa couche cornée, se rapproche d'une muqueuse par suite de sa macération constante par la sueur, etc., comme cela s'observe sous les seins, dans les aisselles, dans les plis génitaux cruraux, etc..., surtout chez les personnes grasses, le chancre de la peau pourra singer le chancre des muqueuses. Et réciproquement, lorsqu'une muqueuse se rapproche de la peau par sa tendance à la kératinisation, lorsqu'elle n'est pas continuellement humectée par des liquides quelconques, le chancre de ces muqueuses pourra simuler le chancre de la peau et prendre l'aspect ecthymateux ou papulo-squameux. Vous en avez vu quelques exemples cette année.

Certains chancres nous fournissent en partie double la démonstration frappante de ce que nous venons de dire. C'est ainsi que des chancres des lèvres étendus à la fois à la portion muqueuse et à la portion cutanée de cette région sont d'un côté, du côté de la peau, ecthymateux ou papulo-squameux, et d'un autre côté, du côté muqueux, diphthéroïdes ou rouge suintant.

Les propositions précédentes ne sont pas spéciales au chancre, mais s'appliquent également aux autres syphilides, et d'ailleurs même à toutes les lésions élémentaires de la peau et des muqueuses non spécifiques (pustules de variole, vésicules d'herpès, etc.) comme je l'ai montré dans mes travaux de 1878-1880. (*A suivre.*)

PATHOLOGIE EXTERNE

Symptômes et diagnostic des tumeurs de la vessie;

Par le Dr MARCANO.

La symptomatologie des tumeurs de la vessie est aujourd'hui soumise à une révision complète. Les progrès de la chirurgie opératoire, imposent en effet la nécessité d'un diagnostic précis. Depuis l'heureuse tentative de Billroth, qui, en 1875, extirpa avec plein succès un myôme de la vessie d'un enfant de 12 ans, de nombreuses opérations analogues ont été pratiquées. La question, du reste, a eu une marche tellement rapide, que ces faits, considérés naguère comme téméraires et aventureux, sont devenus, pour ainsi dire, journaliers. L'accord et l'empressement des chirurgiens de tous les pays est la meilleure preuve de l'utilité de l'intervention. Les statistiques, d'ailleurs, ne permettent pas le moindre doute à cet égard. D'après Pousson, la mortalité ne serait que de 10 0/0 chez la femme, résultat inespéré, eu égard à la gravité du mal.

Sir Henry Thompson, de son côté, a appliqué depuis 1869 l'ouverture de la vessie à la simple cystite chronique du col, lorsque la douleur et l'hémorrhagie compromettent la vie du malade. Enfin, le même chirurgien enhardi par tant de brillants succès, vient de faire changer la question de face, en proposant l'ouverture exploratrice de la vessie. Il n'hésite pas, dans les cas où le diagnostic reste incertain, à introduire le doigt dans cet organe, après avoir fait l'incision appelée boutonnière et dont le nom seul démontre, dit-il, que cette opération a toujours été considérée comme « simple et sans conséquence ». L'exploration digitale de Thompson a été favorablement accueillie par beaucoup de chirurgiens, mais elle a trouvé dans le professeur Guyon une sérieuse opposition. Le clinicien de l'hôpital Necker, réserve l'ouverture de la vessie, quel que soit le procédé adopté, pour les cas où il y a une indication opératoire formelle et suivant les saines traditions de l'école française, il repousse complètement toute opération exploratrice, car l'étude des symptômes ne permet de laisser en aucun cas le diagnostic indéterminé. Dans une série de leçons récentes, il s'est attaché à démontrer l'importance des signes fonctionnels et portant l'analyse clinique jusqu'à ses dernières limites, il conclut que l'exploration digitale est inutile. « Je pense » dit-il, dans une de ses dernières publications « que le chirurgien peut recueillir, avant d'intervenir, une somme de renseignements suffisants pour lui permettre de faire de propos délibéré une opération thérapeutique et non pas seulement exploratrice. »

L'ensemble des travaux publiés sur ce sujet est aujourd'hui considérable, et il ne se passe pas de jour qui ne produise un nouveau fait. Les principales de ces publications ont été analysées ou signalées dans ce journal. Nous n'y reviendrons pas et nous nous contenterons dans cet article de faire l'étude des symptômes que l'on constate dans les néoplasmes de la vessie.

Il semble, à priori, que les signes physiques devraient être les plus utiles et que les meilleurs renseignements devraient être fournis par l'exploration de l'organe. Il n'en est rien cependant. Les troubles fonctionnels jouent ici le principal rôle et on ne saurait trop s'attacher à leur étude et à leur interprétation. Le plus important est l'hématurie. Nous commencerons par elle.

L'hématurie est un phénomène constant dans les tumeurs de la vessie. Elle peut même en être le seul et unique symptôme. Quelquefois elle se présente au début de la maladie. Plus souvent son apparition est tardive. Dans un cas de Bennett, par exemple, elle fut précédée par des phénomènes d'irritation vésicale qui durèrent cinq ans. Ordinairement la sortie du sang ne provoque aucune douleur et elle ne semble liée à aucune cause apparente. C'est même un sujet d'étonnement pour certains malades de voir que, pendant le repos le plus absolu, leurs urines deviennent sanguinolentes, alors que la marche ou des efforts de tout genre, ne changent point leur couleur normale.

Le plus souvent, l'hémorrhagie a lieu pendant la nuit ou dans la matinée et la surprise du malade est d'autant plus grande que rien ne lui ferait soupçonner l'irruption du sang, s'il n'en voyait les traces sur ses

linges, ou dans les urines. Sa durée est très variable. Rarement elle est éphémère, on a pu toutefois l'observer seulement une fois pendant toute la durée de la maladie. Elle dure un ou deux jours, ou se prolonge pendant des semaines ou des mois. L'abondance du sang n'est pas toujours subordonnée à la longueur des périodes, car elle peut entraîner la mort en peu de temps. La fin de l'hémorrhagie arrive d'une manière aussi inespérée que son début. D'une miction à l'autre, la couleur des urines change presque subitement en passant du rouge au jaune citron, sans qu'il y reste la plus petite tache de sang ou de pus, ou de mucus, caractère d'une importance capitale. L'aspect et la coloration des urines varient suivant la quantité de sang qu'elles contiennent. D'une couleur analogue à celle de l'eau rougie, lorsque le sang est en petite quantité, elles peuvent passer au rouge foncé, au brun, ou ressembler au sirop de groseilles ou au jus de cassis (Féré). Il en est de même de la consistance qui est complètement liquide lorsque l'hématurie est peu abondante. En plus forte quantité, le sang se coagule et l'on voit alors des caillots sortir par l'urèthre. Les caillots en restant dans le réservoir urinaire s'y accumulent; circonstance fâcheuse, car le cathétérisme, même habilement pratiqué, peut dans ce cas déterminer la mort par hémorrhagie intra-vésicale (Cruveilhier, Leudet, Guyon, Rendu, Féré). Une fois l'hématurie arrêtée, le malade est menacé d'en voir apparaitre de nouvelles et cela, à une époque, ou à des époques qu'il est impossible de prévoir. Un des caractères les plus spéciaux aux néoplasmes est précisément cette irrégularité de la quantité, des intervalles, et de la durée des hémorrhagies qu'ils provoquent.

Thompson attribue une certaine importance à la douleur. Elle serait produite par le cancer lorsqu'elle est aiguë et précoce. M. Guyon ne partage pas cette opinion. D'abord, son absence n'indique rien, puisque les faits sont nombreux dans lesquels une tumeur cancéreuse a parcouru tous ses stades sans avoir produit la plus petite sensation douloureuse. Sa présence ne nous permet pas davantage de tirer une conclusion, car, dans certaines cystites du col, on observe des cystalgies plus intenses que celles du cancer. Ce symptôme acquiert cependant une grande valeur quand il coïncide avec l'hématurie et que celle-ci offre les caractères que nous venons de lui assigner. Quoi qu'il en soit, la douleur est accompagnée de rétention d'urine, ou elle existe isolément. Elle est intolérable lorsque la vessie ne se vide pas complètement, ou lorsqu'une cystite est concomitante. Le malade, sollicité par les envies d'uriner à des intervalles très rapprochés, ne jouit même pas d'un instant de répit, préoccupé comme il l'est par l'idée de la souffrance horrible qu'il éprouvera pendant la prochaine miction. D'autres fois, ce sont de véritables névralgies qui s'irradient vers les cuisses, les aines, le testicule, le périnée, l'anus et la fosse iliaque.

L'examen des urines en dehors des périodes hématuriques, fournit des renseignements importants. Volkmann trouva une fois dans le liquide excrété un fragment de tumeur dont l'examen histologique lui permit de poser le diagnostic : myôme vésical. MM. Thompson et Guyon insistent sur la valeur de ce symptôme qui devient pathognomonique quand on a su écarter toute cause d'erreur. Quel doute, en effet, l'esprit peut-il conserver sur l'existence et sur la nature du néoplasme, quand on a pu ainsi l'étudier à travers la lentille? Aussi Thompson n'hésite-t-il pas à pratiquer de grands lavages, ou à faire une forte aspiration pour se procurer des parcelles de la tumeur. M. Guyon préférerait les extirper au moyen d'un petit lithotriteur à mors plats. Cependant, confiant toujours dans les symptômes fonctionnels, il aime encore mieux s'abstenir de toute manœuvre et s'en remettre au hasard, qui tant de fois sert le chirurgien. Féré a vu au musée de l'hôpital Saint-Georges de Londres, un fragment expulsé avec les urines, de la grosseur d'un pouce et qui, cependant, avait parcouru spontanément l'urèthre. Une fois en possession d'une de ces parcelles, il faut naturellement avant de porter un jugement, bien s'assurer de sa provenance et étudier la structure de son tissu; nous disons tissu intentionnellement, car la présence de cellules isolées non groupées histologiquement, ne peut que nous induire en erreur. Pour chercher ces éléments, il faut recueillir les dernières urines de la miction et les laisser reposer dans un verre à expérience.

D'après Ultzmann et Stein, on observe dans les tumeurs villeuses, des urines très fluides, rouge jaunâtre et se coagulant très facilement; cela dépendrait de la tension sanguine intra-vésicale, qui, trop faible pour produire une hémorrhagie, ne permettrait que la transsudation du plasma à travers les vaisseaux.

On observe rarement la rétention d'urine dans les néoplasmes vésicaux Quand elle n'est pas due à des caillots arrêtés dans le réservoir, elle peut être produite par la tumeur elle-même, qui vient fermer l'orifice postérieur de l'urèthre. Cette rétention n'est, du reste, que passagère. Church a relaté un cas dans lequel la tumeur produisait une rétention subite pendant la miction, en interceptant le jet par un mécanisme analogue à celui qui s'observe fréquemment chez les calculeux. A la rétention peut succéder une incontinence par regorgement.

Nous venons de voir combien la symptomatologie des tumeurs est pauvre, puisque l'hématurie est le seul trouble fonctionnel qui ait une importance réelle. Cette circonstance n'est pas de nature à rendre le diagnostic plus difficile, car les caractères de l'hémorrhagie sont tellement précieux, qu'à eux seuls ils valent mieux qu'un ensemble de symptômes. Il faut remarquer, cependant, qu'ici comme dans toutes les maladies, il est des cas dans lesquels toutes les circonstances étudiées précédemment se trouvent réunies et dont le diagnostic est des plus simples. D'autres fois, l'absence ou le caractère insolite de certains symptômes rendent le jugement clinique extrêmement difficile. C'est ainsi, par exemple, qu'un cancer de la vessie peut passer complètement inaperçu ne s'étant traduit par aucun symptôme pendant la vie, et n'être découvert qu'à l'autopsie. On a observé des hématuries se produisant par la fatigue et sortant absolument, par conséquent, des cas ordinaires (8e observation de Féré). Ashhurst a même constaté l'absence complète d'hématurie, non seulement spontanée, mais aussi pendant le cathétérisme, ce qui est encore contre la règle. Ces faits insolites prouvent combien la question est difficile et nous engagent à nous entourer des plus grandes précautions avant de poser un diagnostic d'où découlent des indications opératoires si précises.

Voyons maintenant ce que l'on constate par l'exploration. La vessie est accessible à l'exploration par deux voies : hypogastrique et rectale (homme) ou vaginale (femme). La palpation hypogastrique doit être pratiquée dans le décubitus dorsal, le siège du malade élevé au moyen d'un oreiller passé sous les reins. Les mains doivent agir avec douceur, tout en pénétrant dans l'ab-

domen le plus profondément possible. Il n'est pas inutile de pratiquer cette exploration comparativement, quand la vessie est vide et quand elle contient de l'urine.

Le toucher rectal est un moyen beaucoup plus utile que le précédent, car la vessie est en contact immédiat avec le rectum, tandis qu'elle est moins accessible à travers les parois abdominales, dont elle est séparée par une certaine distance. Ajoutons que les tumeurs de la paroi postérieure et de la base de la vessie sont infiniment plus communes que celles de ses autres régions. Chez la femme, l'exploration se fait par le vagin, ou mieux encore par l'urèthre, après dilatation préalable. La dilatation peut être lente ou forcée. La première se pratique au moyen de tiges de laminaria digitata, ou de cônes d'éponge préparée : mais ces corps devant séjourner dans le canal pendant un temps plus ou moins long, empêchent l'excrétion de l'urine. Aussi lui préfère-t-on la dilatation brusque. On se sert alors des doigts; ce qui est presque toujours suffisant, ou d'un petit spéculum *ad hoc*. M. Guyon a imaginé un dilatateur spécial, qui mérite la préférence. La dilatation forcée, quoique d'une utilité incontestable, doit être pratiquée comme opération préliminaire, ou être limitée aux cas où les renseignements qu'elle peut fournir deviennent, par l'insuffisance des autres symptômes, absolument indispensables; car elle n'est pas tout à fait innocente. En dehors de la déchirure du méat, elle provoque des hémorrhagies abondantes (Edis).

Le meilleur procédé d'exploration est, sans contredit, la combinaison de la palpation hypogastrique et du toucher rectal ou vaginal simultanément pratiqués. C'est par elle qu'on obtient les notions les plus exactes, car s'il existe une tumeur, les deux mains placées en arrière et au devant d'elle, la circonscrivent presque complètement. On arrive ainsi à déterminer exactement le siège de la douleur, ainsi que ses caractères, le degré de mobilité du néoplasme, l'existence et l'étendue de ses adhérences, son point d'implantation, sa forme, sa consistance, son volume et tant d'autres particularités d'une utilité si grande. Des sensations de différentes natures viennent en outre s'ajouter dans les cas particuliers, et dont le chirurgien devra savoir tirer son profit. Tel, le ballottement constaté par M. Bazy.

Dans le but de faire un examen plus complet, Volkmann charge un aide de comprimer l'abdomen du patient, pour repousser la vessie en arrière et la rapprocher du rectum dans lequel il introduit son index droit. S'il sent une saillie ou quelque chose d'anormal, il substitue sa main gauche à celle de l'aide et continue ses recherches comme il vient d'être dit.

Le même chirurgien et Dittel prétendent se servir avec succès de l'appareil électro-endoscopique de Nitze et Leiter. D'autres ont employé l'endoscope de Désormeaux. Marcacci a imaginé un système spécial d'éclairage au magnésium. De l'avis de presque tous les chirurgiens, ces moyens sont infidèles et ne nous révèlent rien de plus que l'exploration méthodique abdominale et rectale. (*A suivre.*)

Universités étrangères. — Le Dr Emile Ehrendorfer a été nommé privat-Docent d'accouchements et gynécologie à la faculté de médecine de Vienne.

Médecins inspecteurs des écoles. — Le conseil de l'arrondissement de Sceaux a, dans sa séance du 21 juillet 1885, renouvelé le vœu que dans chaque circonscription les médecins-inspecteurs des écoles soient chargés des constatations médicales intéressant le personnel ; et que la sinécure des médecins titulaires soit supprimée.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Les concours d'agrégation en médecine.

Au mois de décembre prochain va s'ouvrir, à Paris, le concours pour l'agrégation des facultés de médecine de France. Nous saisissons avec empressement l'occasion de revenir (1) en quelques mots sur les inconvénients et les avantages de cette institution que l'Europe nous envie peut-être, mais qu'elle se garde bien de nous prendre.

Et d'abord pourquoi oblige-t-on les candidats aux facultés de province à venir pendant de longs mois subir leurs épreuves à Paris? Il y a dans le règlement absurde qui a prescrit cette innovation plusieurs inconséquences graves. En créant en province des facultés de médecine on a voulu céder à un courant de décentralisation scientifique et on a prétendu créer de nouveaux foyers indépendants du foyer central. Or, en soumettant tous les candidats à un jury unique et parisien, on reprend d'une main ce qu'on a donné de l'autre et la décentralisation n'est plus qu'une vaine formule. Laissez donc les candidats de Lyon, de Lille, de Montpellier, de Bordeaux, concourir au siège même de leurs facultés respectives et ne nous objectez pas cet argument futile du *niveau* qui baisserait si tous les candidats ne passaient pas par la même filière et n'étaient pas coulés dans le même moule. Nous sommes payés pour savoir ce que valent les *formules universitaires* et nous déplorons le reste de prestige qu'elles ont conservé auprès de quelques hommes arriérés. Et puis, est-il équitable d'imposer à de jeunes médecins, sans doute plein d'avenir, mais dont le présent est si sombre, un déplacement ruineux? Allons, M. René Goblet, aidez-nous à sortir de la routine, et quels que soient les doutes que vous puissiez avoir sur la durée du ministère, soyez réformateur et marquez votre court passage aux affaires par quelque action d'éclat. Hélas! M. Goblet, nous le craignons fort, fera comme M. Fallières, il se croisera les bras.

Qui donc portera jamais la sape dans cette organisation des concours qui énervent nos savants et qui tarissent notre production scientifique? Si nous faisons encore assez bonne figure dans le monde scientifique, c'est aux efforts individuels que nous le devons et nullement à notre outillage ou à nos institutions; c'est malgré l'université que nous travaillons, car tous les rouages au milieu desquels elle nous oblige à nous mouvoir, trop souvent paralysent nos forces et découragent notre ardeur. Il faudra modifier nos concours, pousser les jeunes gens aux recherches scientifiques et leur tenir compte de ce qu'ils auront fait.

La préparation aux concours d'agrégation est le plus long et le plus pénible des labeurs, long, puisque le concours est triennal, pénible, puisqu'il faut pendant des années soumettre son esprit à une gymnastique spéciale et accumuler dans son cerveau une masse de faits et d'idées que les mémoires les plus heureuses ne gardent qu'avec peine. Aussi que voyons-nous? Les candidats fatigués, surmenés, épuisés par 3, 6, 9 ans de

(1) Voir les articles consacrés dans le *Progrès médical* de 1875, p. 653; 1876, p. 764, et dans les nos des étudiants aux *Facultés provinciales* et les articles consacrés plus spécialement à l'*Agrégation*, 1874, p. 442; 1875, p. 625; 1878, p. 640; 1882, p. 127, 266, etc.

préparation à ce concours maudit, ne produisent rien, alors que nos voisins les Allemands inondent le *marché scientifique* de leurs travaux. Nous voyons en France des candidats à l'agrégation et des agrégés qui n'ont à leur actif aucun titre scientifique; ils ont plus ou moins travaillé, ils ont montré plus ou moins de talent; travail stérile! Talent improductif! Heureusement quelques hommes d'élite passent à travers ces épreuves sans y laisser rien de leur ardeur ni de leur fécondité. Encore sont-ils rares et sûrement le concours, loin de les grandir, les a diminués. Qui dira combien le concours d'agrégation a coûté à la science française! Si j'avais à parler du concours des hôpitaux, je ferais à peu près les mêmes remarques. Parmi cette foule de candidats qui frappent à la porte de l'Assistance publique, combien travaillent, combien produisent? Passons. Pour en revenir à l'agrégation, nous avons appris avec satisfaction que, dans les hautes sphères, des hommes de progrès avaient senti le besoin d'une réforme. Sans pousser le radicalisme aussi loin que nous l'affichons, sans vouloir, comme nous le voulons, faire *table rase*, ces professeurs auxquels nous rendons justice, ont proposé une réforme utile. Voici le résumé des innovations qu'ils préconisent (1): Les facultés de médecine doivent se recruter par elles-mêmes; en attendant qu'il en soit ainsi, ils demandent que les membres du jury touchent une indemnité de déplacement suffisante; des facilités de circulation sur les chemins de fer seront accordées aux candidats pendant la durée du concours. Au point de vue des épreuves, ils émettent le vœu d'introduire de nouvelles épreuves pratiques. Mais l'innovation la plus heureuse que ces Messieurs proposent est la suivante: la thèse d'agrégation sera soumise au régime en vigueur dans les écoles supérieures de pharmacie, système que l'on peut résumer dans la formule suivante: liste de sujets de thèses publiée six mois avant l'ouverture du concours et comprenant un nombre de sujets bien supérieur au nombre supposé des compétiteurs, liberté pour les candidats de faire un choix sur cette liste; obligation pour eux de déposer, avant l'ouverture du concours, leur travail *manuscrit* ou imprimé. Sans doute voilà un progrès et nous accepterions avec reconnaissance la réalisation de ce projet, faisant ainsi de l'opportunisme; mais nous poursuivons un autre idéal. Ce que nous voulons, c'est la suppression complète de cette fameuse thèse d'agrégation, œuvre hâtive, impersonnelle, sans but connu, sans utilité, épreuve n'ayant d'autre raison d'être que parce qu'elle a été. Passe encore si cette épreuve ne coûtait aux candidats que des ennuis sans aucun profit pour la science; mais elle coûte de l'argent; chaque thèse d'agrégation coûte plusieurs milliers de francs que le candidat est obligé de tirer de sa poche; car, reçu ou non, il ne reçoit de la Faculté qui lui impose cette épreuve aucune indemnité. Donc il y aurait un double avantage à adopter la mesure proposée plus haut: d'une part la désignation anticipée du sujet de thèse et la liberté du choix laissée au candidat dans une certaine mesure pourraient donner à cette épreuve une valeur scientifique réelle; d'autre part, la faculté laissée au candidat de déposer son travail manuscrit lui épargnerait des frais inutiles.

Mais pourquoi ne pas supprimer purement et simplement cette épreuve surannée de la thèse d'agrégation? On pourrait la remplacer, par exemple, par une séance dans laquelle le candidat ferait l'*exposé de ses titres* scientifiques, de ses écrits, des services qu'il a pu rendre, etc. Je sais bien que cette épreuve, à supposer qu'on l'introduise dans le concours d'agrégation, gênera plus d'un candidat; mais où est le mal? L'annonce seule de cette épreuve détournerait un peu les candidats de la préoccupation exclusive des conférences et assurerait à la science française quelques bons travaux. Il est encore une épreuve dans le concours d'agrégation qui nous déplait, quoiqu'à un degré beaucoup moindre que la précédente. Il s'agit de cette première épreuve écrite d'*anatomie et physiologie* imposée aux candidats à l'agrégation en médecine. Au premier abord on se demande ce que vient faire, dans un concours de pathologie médicale, cette introduction anatomique. Ne serait-il pas mieux de mettre à la place de ce hors-d'œuvre une question écrite d'anatomie pathologique ou de pathologie quelconque? Nous ne dirons rien des autres épreuves parce que nous ne voulons pas pousser la critique à fond et que nous avons voulu seulement insister sur les points les plus défectueux du système. Comme nous l'avons déjà dit d'ailleurs, nous avons fait de l'opportunisme, car nous sommes partisan de la suppression absolue du concours d'agrégation. Nous n'avons pas l'espoir que ce vœu soit réalisé prochainement; aussi nous contenterions-nous de la toute petite réforme pour laquelle nous avons plaidé.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 7 septembre 1885. — PRÉSIDENCE DE M. BOULEY.

MM. GOSSELIN et HÉRET étudient le *mode d'action du sous-nitrate de bismuth dans le pansement des plaies.* On sait que ce médicament a pour effet de diminuer l'écoulement sanguin post-opératoire. Dans la plupart des opérations faites sur des cobayes et des lapins, les auteurs ont noté l'absence d'écoulement par les intervalles des points de suture et l'absence d'épanchement appréciable derrière ces sutures: sur près de la moitié des animaux, ils ont obtenu une réunion immédiate absolue. Le sous-nitrate de bismuth, sans être coagulant par lui-même, le devient par l'acide nitrique qui l'abandonne; mis en contact avec des surfaces traumatiques toujours humides, il laisse dégager son acide sur l'embouchure des capillaires qui y sont ouverts. Outre cette action coagulante, il possède une action astringente due tout à la fois à l'acide azotique naissant et à l'oxyde de bismuth, une action germicide et une action sédative spéciale. Ce sel doit être préféré à l'hydrate de bismuth qui n'a pas l'action coagulante et constrictive due à l'acide: il peut être employé soit en poudre, soit par arrosement au 1/50.

M. REVILLOUT lit un mémoire sur les *anesthésies apparentes et les sensations retardées dans les névroses.* Il a constaté que, chez les hystériques, il n'y a pas en réalité une paralysie proprement dite de la sensibilité, mais une sorte d'obtusion se traduisant par un retard plus ou moins notable après lequel la sensation, quand elle se prolonge, pénètre jusqu'au *sensorium commune.* Une hystéro-épi-

(1) *Semaine médicale*, 22 juillet 1885.

leptique, qui avait paru hémi-anesthésique à gauche, dormait profondément quand on pinça son bras gauche pendant hors du lit. Après avoir, pendant plusieurs minutes, continué à dormir sans y rien sentir, elle se réveilla subitement en jetant un petit cri et portant vivement la main vers le point pincé.

M. Bochefontaine annonce que, après avoir pris connaissance de la note insérée par M. Trécul, au sujet de son expérience sur l'*ingestion stomacale de déjections alvines du choléra*, il sera heureux de se mettre à la disposition de l'Académie pour continuer ces expériences devant elle et entreprendre toutes celles qu'elle jugerait convenables. Cette lettre est renvoyée à la section de médecine et chirurgie.

M. Henry de Varigny adresse une note sur la *période d'excitation latente de quelques muscles lisses de la vie de relation chez les Invertébrés*. Cette période varie selon l'intensité du courant, le mode d'excitation, le poids soulevé, la température, l'état de repos ou de fatigue, etc. En un mot ces variations se produisent sous l'influence des mêmes facteurs chez les muscles lisses et chez les muscles striés : la différence histologique ne semble créer aucune différence physiologique entre ces deux catégories de muscles. Il y a entre eux des différences de degré, mais non de nature. Paul Loye.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 15 septembre 1885. — Présidence de M. Bergeron.

M. le Président annonce à l'Académie la mort de M. Baudrimont.

M. Vallin lit le *discours* qu'il a prononcé sur la tombe de M. Lunier.

M. Bouley fait la lecture du *discours* qu'il a prononcé sur la tombe de M. Magne.

MM. Chantemesse et Rummo font la communication suivante sur le *liquide vaccinal du* Dr Ferran (1).

Nous avons, disent-ils, examiné deux échantillons de liquide vaccinal ; le premier rapporté d'Espagne par M. Rummo, le second envoyé directement par M. Ferran. *A.* — Le premier liquide est renfermé dans des tubes de verre scellés à la lampe. Chaque tube contient environ 5 centimètres cubes de liquide. Celui-ci est clair, un peu opalescent et renferme quelques flocons. Au contact de l'air il répand une odeur très désagréable. Réaction alcaline. L'acide nitrique ne permet pas d'y reconnaître la présence du pigment biliaire : 1° Injecté sous la peau de la cuisse des cobayes à la dose de 1 cent. cube à l'aide d'une seringue parfaitement stérilisée, la peau ayant été elle-même préalablement lavée au sublimé, il ne se développe au bout de 24 heures rien d'appréciable. Pas de lésion locale et pas de trouble de l'état général ; 2° Injecté à la dose de 4 et 8 cent. cubes sous la peau dans les mêmes régions il a produit une eschare consécutive à la boule formée par la distension du tissu cellulaire. L'eschare guérit au bout de 8 jours. L'animal s'est parfaitement rétabli. Pendant la durée de l'expérience il n'a présenté ni diarrhée, ni abaissement thermique ni aucun phénomène analogue à ceux du choléra. Au bout de 5 à 6 jours, ces différents animaux ont été soumis à l'injection dans l'estomac de cultures pures de bacilles virgules. Ils avaient préalablement subi la préparation par la sonde et la teinture d'opium suivant la méthode précise de Koch. En même temps, des cobayes témoins recevaient le même traitement. Tous les animaux sans exception, vaccinés et non vaccinés, succombèrent dans l'espace de 5 à 24 heures avec de la diarrhée, de la desquamation épithéliale de l'intestin et qui donnait au contenu liquide très abondant de l'intestin une coloration jaunâtre. Dans le liquide diarrhéique et dans celui qui gonflait l'intestin on trouvait de grandes quantités de bacilles virgules. Donc l'inoculation préalable dans le tissu cellulaire du liquide vaccinal fourni par M. Ferran, liquide qui servait aux inoculations à Valence (26 juillet 1885) et à Cambrils (27, 28, 29 août 1885), ne mettait nullement les cobayes à l'abri des effets d'une injection stomacale de bacilles virgules.

3° Examen *du liquide de M. Ferran sur les lamelles, les tubes et les plaques de gélatine.* (a) Sur les lamelles avec la coloration par le violet 6 B on constate la présence douteuse de quelques bacilles virgules en très petit nombre et l'existence de nombreux microcoques et fins bâtonnets rectilignes (*b*). Dans les tubes de gélatine peptone faiblement alcaline il se développe après l'ensemencement, une série de colonies d'aspect différent, en même temps qu'apparaît une teinte verte de plus en plus appréciable. Aucune de ces colonies ne liquéfie la gélatine. L'odeur fétide prend naissance à mesure que s'accroît la culture, (c) sur des plaques après 4 jours d'étuve on voit très nettement les différentes colonies développées. Ce sont les mêmes qu'on distingue dans les tubes. Aucune ne liquéfie la gélatine et ne rappelle même de loin la forme caractéristique des colonies de bacille virgule. On distingue très facilement à l'œil nu trois espèces de colonies. Les premières sous forme de taches irrégulièrement arrondies, grisâtres sont composées par des microcoques arrondis de 2 à 3 points disposés sans ordre. Les secondes ont l'apparence d'arborisations et sont constituées par de très courts bâtonnets presque aussi larges que longs de 4 à 5 pouces, sur les préparations on les voit qui se disposent en petits amas de différents volumes. Les troisièmes développées sous forme de petits points sont composées de petits bâtonnets courts et gros réunis le souvent deux à deux ou sous l'aspect de petites chaînettes de 4 à 5 pouces. Leur développement donne lieu à l'apparition de la couleur verte qui leur appartient en propre. Ces trois éléments différents isolés par la culture et injectés séparément sous la peau de la cuisse des cobayes avec les précautions nécessaires ont donné les résultats suivants : un cobaye qui avait reçu un centimètre cube de culture pure du microcoque a succombé au bout de 20 heures. Les muscles au point d'inoculation étaient augmentés de volume, infiltrés de sérosité et d'ecchymoses. Le liquide qui s'écoulait à la section renfermait de nombreux microcoques, ceux-ci se rencontraient aussi dans le sang des ventricules du cœur. Un centimètre cube de culture pure du bâtonnet qui donne la coloration verte injecté sous la peau de la cuisse d'un cobaye a fait apparaître une tuméfaction douloureuse qui a persisté 5 jours, puis l'animal est mort. Le troisième micro-organisme injecté de la même manière n'a produit aucune lésion après 24 heures.

B. — Le *second liquide* nous a été envoyé directement par M. Ferran, comme *type de son vaccin*. Ce liquide est compris dans des matras de contenance d'un demi-litre et présente une coloration jaune clair. Réaction alcaline. L'acide nitrique n'y montre pas la présence de la bile. Aucune odeur. Injecté avec toutes les précautions nécessaires dans le tissu cellulaire des cobayes à la dose de 4 à 8 et 9 cent. cubes en différents points, il n'a donné lieu après 24 heures à aucun phénomène ni local ni général. Tous ces animaux soi-disant vaccinés succombèrent à l'injection des bacilles virgules pratiquée avec la méthode dont nous avons parlé plus haut. Ils se comportèrent en somme comme les cobayes qui n'avaient été soumis préalablement à aucune vaccination. Un cobaye normal préparé avec le carbonate de soude et l'opium a reçu dans l'estomac 10 cent. cubes du liquide vaccinal de M. Ferran. Cet animal a été malade, a souffert de la diarrhée pendant 21 heures, puis s'est rétabli. Le liquide diarrhéique contenait quelques bacilles virgules. Donc si le dernier liquide de M. Ferran ne produit aucun symptôme quand on l'injecte sous la peau, il procure lorsqu'il il est ingéré à la dose de 10 cent. cubes des phénomènes analogues à ceux du choléra expérimental léger.

Nous avons examiné ce liquide vaccin sur des lamelles, dans des tubes et sur des plaques de gélatine peptone et d'Agar-agar. 1° Sur des lamelles colorées avec une solution aqueuse faible de violet 6 B on reconnaît une culture de bacilles impure. Les bacilles sont d'abord peu développés et ne présentent pas des formes d'accroissement rapide comme les spirilles. On y voit de plus quelques micrococci et quelques petits et grands bâtonnets droits très facilement distincts du bacille virgule. Dans les tubes la culture se développe différemment suivant qu'il s'agit de gélatine peptone ou d'Agar-agar. (*a*) Agar-agar. Développement rapide, on trouve beaucoup de bacilles virgules toujours grêles et une petite quantité de batonnets droits et de micrococci. (*b*) Gélatine peptone. Nous nous sommes préalablement assurés par des cultures que cette gélatine est très favorable au développement du bacille virgule ordinaire. Dans ce milieu nourricier, le liquide vaccinal de M. Ferran ne fait apparaître que lentement des colonies. La gélatine peptone se liquéfie très peu à la surface. A l'examen même les bacilles virgules sont grêles et en petit nombre ; en revanche les micrococci à peine développés dans l'agar ont pris ici une croissance excessive. On note encore la présence de quelques bâtonnets droits.

En terminant, nous plaçons les conclusions suivantes : 1° Le vaccin de M. Ferran n'est pas un liquide de culture invariablement composé. Tantôt c'est une culture de bacilles virgules impure et tantôt un liquide contenant des masses de micro-organismes, tandis que le bacille virgule y est presque absent. Dans l'un et l'autre cas l'absorption sous-cutanée de ce soi-disant vaccin ne protège pas contre l'injection stomacale d'une culture pure de bacilles virgules faite avec les méthodes connues. Son pouvoir

(1) Travail du laboratoire de M. le professeur Cornil.

vaccinal est montré nul dans nos expériences. 3° Injecté sous la peau des cobayes, même à la dose de plusieurs centimètres cubes, le vaccin ne fait apparaître aucune phénomène cholériforme. Suivant sa composition et la dose injectée, il produit tantôt des phlegmons suivis d'eschare et tantôt reste inoffensif. Cultivés isolément les divers micro-organismes qu'on y découvre possèdent des qualités morphologiques et des propriétés pathogènes différentes. A dose assez considérable ils occasionnent la mort des cobayes.

Suite de la discussion sur le choléra. — M. PETER poursuit sa communication sur la prophylaxie et le traitement du choléra. M. Peter ne prône aucune médication exclusive et estime qu'il convient de traiter les accidents au fur et à mesure qu'ils se produisent. Dans la période algide, il recommande les injections sous-cutanées d'éther contre l'adynamie, l'alcool contre le collapsus, la limonade glacée contre la soif. Dans la période dite de réaction ou typhoïdique, M. Peter favorise la diurèse en prescrivant le lait froid nitré; combat les accidents nerveux à l'aide du bromure de potassium et la fièvre à l'aide du sulfate de quinine. Le convalescent doit être également traité quant à son appareil digestif, quant à ses reins, quant à son système nerveux. L'intolérance de l'estomac nécessite l'application de vésicatoires à l'épigastre, l'administration du laudanum; la diarrhée sera combattue par le sous-nitrate de bismuth et les lavements laudanisés. La congestion rénale est justiciable de l'application de ventouses sèches, de badigeonnages de teinture d'iode. Les accidents nerveux enfin nécessiteront les révulsions soit par les vésicatoires, soit par le sac à glace.

En un mot, tout ce qui pourra modifier le plexus solaire, les splanchniques et le grand sympathique, sera bienfaisant dans le choléra. Après avoir fait la critique du traitement préconisé par M. Bouchard, après avoir vigoureusement attaqué la doctrine de Koch, M. Peter aborde la question des injections intra-veineuses. Cette pratique est née d'une idée purement hydraulicienne, à savoir que la disparition du pouls, le refroidissement des extrémités, la cyanose, le collapsus, sont dus à l'épaississement du sang, de sorte que, si l'on rendait sa fluidité à ce liquide, tous ces accidents seraient conjurés. Dans l'espèce, il s'agit non d'une action mécanique, mais d'une action dynamique. La base théorique de cette médication fait défaut, puisque au moment de l'ouverture de la veine, du sang fluide mais noir s'échappe parfois du vaisseau incisé. Cette injection intra-veineuse est une véritable transfusion soit d'eau, soit de sérum artificiel En procédant ainsi, on réalise une excitation de la paroi veineuse, de sorte qu'en dernière analyse, c'est sur le sympathique vaso-moteur qu'on a agi en injectant un liquide étranger dans les veines. Ici la seule antisepsie réalisable, c'est l'obstacle apporté à la genèse du poison et c'est à l'hygiène qu'il importe de s'adresser. Grâce à elle nous pouvons ainsi assainir tous ces endroits malpropres où le choléra se développe et se propage avec une facilité désespérante. A. JOSIAS.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 19 décembre 1884. — PRÉSIDENCE DE M. CORNIL.

19. Thrombose artérielle marastique; par A. GILBERT, interne des hôpitaux.

J. S..., 56 ans, marchand de vins, entre le 1er novembre 1884, à l'hôpital Tenon, salle Axenfeld, n° 15, dans le service de M. HANOT.

Père mort de tuberculose; mère morte de cause indéterminée; pas de frère ni de sœur. Aucune maladie antérieure, si ce n'est des bronchites répétées depuis l'enfance. Au milieu de 1883 s'est déclarée une toux opiniâtre qui n'a plus quitté le malade. Les forces ont diminué, l'embonpoint a disparu, l'appétit est devenu irrégulier et languissant. Puis la fièvre a fait son apparition, des sueurs abondantes se sont répétées chaque nuit; l'amaigrissement s'est prononcé davantage. Enfin, arrivé au dernier degré de l'émaciation, ne pouvant plus se soigner chez lui, le malade a dû entrer à l'hôpital le 1er novembre 1884.

Etat actuel (2 novembre, matin.) — La maigreur est extrême; la face est décharnée; les masses musculaires ont disparu, si bien que les membres sont presque uniquement constitués par les os recouverts de la peau. Les côtes font saillie sous les téguments; les espaces intercostaux sont marqués par des dépressions profondes. Le ventre est creusé en barque. La peau est sèche, lâche, privée d'élasticité. Les veines sous-cutanées sont vides de sang. La faiblesse des membres inférieurs est telle que la station debout est impossible. Chaque soir survient une poussée fébrile, et chaque nuit se produisent des sueurs abondantes. Le pouls est fréquent et mou. Les artères radiales sont uniformément indurées; elles sont flexueuses et roulent sous le doigt. Les battements du cœur sont normaux. L'appétit est nul. Pas de vomissements. Pas d'angine. Pas de douleur abdominale. Pas de diarrhée. Pas d'albumine dans les urines. La toux est fréquente et pénible; l'expectoration, peu abondante, est constituée par des crachats nummulaires nageant dans de la salive filante. La voix est normale. La respiration n'est pas accélérée. *Examen physique de la poitrine* : A la vue, saillie des clavicules, des côtes, des scapulums, des apophyses épineuses des vertèbres. A la *percussion* : en avant, submatité sous la clavicule gauche; en arrière, matité dans les fosses sus et sous-épineuses gauches; submatité dans les mêmes fosses à droite. A la *palpation* : diminution des vibrations thoraciques dans les fosses sus et sous-épineuses gauches. A l'*auscultation* : en avant, souffle amphorique, gargouillement, pectoriloquie sous la clavicule gauche; respiration puérile sous la clavicule droite. En arrière, abolition du murmure vésiculaire dans les fosses sus et sous-épineuses gauches, diminution du murmure vésiculaire et râles sous-crépitants humides dans le tiers inférieur gauche de la poitrine; respiration rude et quelques râles sous-crépitants dans les fosses sus et sous-épineuses droites; respiration exagérée dans le tiers inférieur droit de la poitrine.

23 *novembre*. Douleurs lancinantes d'une grande intensité dans les orteils du pied droit. Diarrhée abondante depuis quelques jours. La toux a augmenté de fréquence; les crachats sont visqueux, confondus les uns avec les autres sous forme de purée verdâtre. Les signes physiques fournis par l'examen du cœur et des poumons ne sont pas modifiés.

24 *novembre*. Les orteils, le pied et le mollet du côté droit sont le siège de très vives douleurs. Le poids des couvertures et le moindre attouchement font pousser des cris au malade. Du reste, le membre endolori n'offre aucune modification, ni dans sa couleur, ni dans son volume, ni dans sa température.

25 *novembre*. Le pied droit offre une coloration violacée, particulièrement accentuée au niveau des orteils et du talon; il est dans l'extension complète et dans l'adduction, privé de tout mouvement, froid, insensible et douloureux. La jambe droite, dans sa moitié inférieure environ, présente une coloration bleuâtre, un refroidissement complet et une insensibilité absolue. L'auscultation du cœur ne révèle aucun signe morbide, et l'on est amené à rattacher la gangrène de la jambe et du pied droit à une thrombose artérielle.

26 *novembre*. La gangrène s'est étendue et occupe maintenant, outre le pied, les deux tiers inférieurs de la jambe droite. Les orteils ont pris une teinte noirâtre; ils se racornissent et se dessèchent. Les douleurs sont toujours très vives dans le membre gangrené. L'état général est mauvais. La température dépasse chaque soir 40°. L'appétit est absolument nul.

28 *novembre*. La gangrène n'a pas fait de progrès. Le pied et les orteils se momifient. Les bruits du cœur sont normaux. L'auscultation du poumon fournit les mêmes signes que précédemment. L'état général est très mauvais. Depuis hier soir le malade a été pris d'un délire tranquille.

1er *décembre*. Le malade est mort ce matin dans le marasme le plus complet.

Autopsie. — Poumons : 1° gauche : excavation tuberculeuse des dimensions d'une grosse orange au sommet. Masses tuberculeuses jaunâtres de dimensions variées à la base et à la partie moyenne. Les deux feuillets de la plèvre gauche sont intimement soudés ; pour extraire le poumon gauche de la cavité thoracique, on est obligé de décoller des côtes la plèvre pariétale. 2° Droit : nombreuses masses tuberculeuses au sommet. Quelques granulations tuberculeuses jaunes disséminées à la base et à la partie moyenne. Les deux feuillets de la plèvre droite sont unis au sommet par des adhérences lâches.

Cœur. Le péricarde, le myocarde, l'endocarde sont sains. Les valvules sont normales. Les cavités droites renferment quelques caillots cadavériques qui ont la couleur et la consistance de la gelée de groseille.

Vaisseaux. L'aorte n'est ni anévrysmatique, ni dilatée. A son origine, et particulièrement au pourtour de l'orifice des artères cardiaques, sa tunique interne est soulevée par des plaques d'endartérite athéromateuse et calcaire. Quelques plaques athéromateuses très rares font saillie dans la cavité de la crosse aortique, de l'aorte thoracique et de l'aorte abdominale. En aucun point la tunique interne de l'aorte n'est rompue ou fissurée. Au niveau de la partie culminante de la crosse aortique et sur sa paroi postérieure, immédiatement au-dessous de l'origine des gros troncs artériels, on trouve un thrombus pariétal ancien. Ce thrombus mesure 5 centimètres de long sur 3 de large et 5 millim. d'épaisseur. Sa forme est ovalaire et son grand diamètre est parallèle à l'axe du courant sanguin. Sa coloration est grisâtre, sa consistance assez ferme. Une de ses faces regarde la cavité de l'aorte, elle est absolument lisse; l'autre adhère intimement à l'endartère. Après avoir détaché ce caillot, l'on constate qu'à son niveau la tunique interne de l'aorte est absolument saine.

Les artères du membre supérieur paraissent avoir des parois uniformément épaissies. Les artères de la base du cerveau présentent quelques plaques athéromateuses. Les artères fémorale et poplitée du côté droit contiennent un caillot passif brun noirâtre, non adhérent à leur tunique interne, qui, de distance en distance, est soulevée par quelques petites plaques athéromateuses. L'artère tibiale antérieure du côté droit et le tronc tibio-péronier du même côté sont obturés à leur origine par un caillot ancien. Ce caillot a subi presque entièrement le ramollissement puriforme; ses débris périphériques, grisâtres et friables, adhérent à l'endartère; il ne contient pas de concrétion embolique. Les parois des artères oblitérées montrent quelques plaques athéromateuses qui ne font pas, dans la cavité des vaisseaux, un relief appréciable.

Les veines superficielles et profondes du membre droit gangréné contiennent quelques caillots noirâtres non adhérents à leur paroi.

Le tube digestif et ses annexes, l'appareil génito-urinaire et le système nerveux n'offrent à l'œil nu aucune altération digne d'être rapportée ici ; il n'existe en particulier aucun infarctus ni dans la rate, ni dans l'encéphale, ni dans aucun autre viscère.

Réflexions. — Nous avons pris soin de spécifier qu'au niveau du caillot aortique l'endartère était sain : le développement de ce caillot ne pouvait donc être rattaché qu'aux modifications encore peu connues du sang et de la circulation, qui, habituellement, chez les marastiques, amènent la formation de caillots dans les veines. De sorte que le fait que nous rapportons doit être rapproché de ceux que M. Charcot (1) et M. Benni (2) ont publié dans le but d'établir la possibilité de la thrombose artérielle chez les cachectiques cancéreux, tuberculeux et séniles. En ce qui concerne la gangrène du membre inférieur droit, elle nous paraît avoir été déterminée par la thrombose marastique de l'artère tibiale antérieure et du tronc tibio-péronier. Mais sur ce point, nous ne saurions être affirmatif, à cause de l'existence, au niveau des points oblitérés, d'un léger degré d'athérome.

(1) Charcot. — *Sur la thrombose artérielle qui survient dans certains cas de cancer* (*Union méd.*, 1865, p. 165).

(2) Benni. — *Recherches sur quelques points de la gangrène spontanée.* (Th. Paris, 1884).

20. M. Charrin montre des cultures riches en pyocyanine obtenues en ensemençant des bouillons avec du sang, du foie, de la rate de lapins inoculés avec les 7e et 8e cultures. L'organisme du pus bleu peut donc vivre dans le lapin au moins pendant un certain temps.

La pyocyanine que l'on extrait des bouillons peut cristalliser. Il y a là, d'une façon sûre, la démonstration de ce fait qu'une substance chimique définie peut être fonction d'un microbe.

L'organisme de la pyocyanine se cultive également sur l'agar-agar et sur la gélatine peptonisée.

21. M. Cornil a eu l'occasion de faire deux autopsies de sujets porteurs d'ulcères de l'estomac et morts à la suite de rupture de cet organe après un repas.

Dans le premier cas, il y avait un emphysème considérable ayant envahi le cou, l'abdomen; il y avait aussi des gaz dans le péritoine. Dans l'abdomen, on trouvait des fragments de vin, de viande, de légumes; il se dégageait une odeur extrêmement fétide. Dans le pus et les fausses membranes tapissant le foie et le péritoine, on ne rencontrait pas les micro-organismes habituels de la suppuration (streptococcus, staphylococcus, etc.), on y voyait de longs bâtonnets analogues à ceux de la bouche et de l'intestin ; en même temps, on observait de la pleurésie, de la méningite, des gaz dans le sang. Dans le liquide pleural et l'exsudat méningé, on retrouvait les mêmes bâtonnets qu'à la surface du foie.

Dans le deuxième cas, on observait les mêmes organismes, les mêmes lésions, mais avec une certaine atténuation; il y avait aussi de la pleurésie fibrineuse, mais pas de méningite.

M. Netter rappelle à ce propos un abcès du foie, dont le pus contenait des bâtonnets, et survenu à la suite d'une perforation iléo-cœcale due à une épingle.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

XI. Divulsion digitale pylorique ; mémoire de M. Loreta, professeur à la Faculté médicale de Bologne.

XI. Dans ces dernières années, le rétrécissement pylorique a attiré l'attention des chirurgiens, et M. Schede en 1877 a tenté la dilatation de cet orifice, en premier lieu par l'incision de la cicatrice, et ensuite par les sondes après avoir préalablement pratiqué une fistule gastrique chez ses malades. Depuis, M. Richter conseille la dilatation à travers la fistule du duodénum, opération que M. Rydygier pratiqua trois fois de suite sans succès. Nous devons constater aussi deux insuccès pour M. Surmay qui fit l'enthérotomie à l'union du duodénum avec l'intestin grêle, etc. M. Billroth qui pratiqua la résection pylorique obtint aussi des résultats peu satisfaisants.

En 1882, M. Loreta (de Bologne) imagina et exécuta avec un très brillant résultat une nouvelle méthode opératoire pour combattre la sténose pylorique; cette méthode consiste dans la divulsion digitale.

Nous sommes heureux de donner un court résumé de son intéressant mémoire, dans lequel l'auteur cite deux cas de rétrécissement pylorique, traités par sa méthode.

Dans le premier cas, il s'agissait d'un homme de 47 ans sans antécédents de famille, qui, en 1878, souffrait d'ulcère d'estomac dans la région pylorique, ulcère qui guérit en trois mois. Cependant, peu de temps après, il ressentit des phénomènes dyspeptiques qui s'aggravèrent tellement qu'il fut obligé de se soumettre au régime lacté. Le 26 août 1882, il alla consulter M. Loreta ; voici ce que M. Loreta put constater : peau maigre, muqueuses pâles, l'abdomen bombé à la région épigastrique, l'estomac tellement dilaté qu'il s'étendait de la cinquième côte au nombril. Au toucher

abdominal on sentait une tumeur adhérente à la paroi abdominale et dont les contours n'étaient pas bien délimités. Ayant fait le diagnostic de rétrécissement cicatriciel du pylore, il pratiqua la divulsion digitale le 14 septembre. Après avoir fait une incision de 15 centimètres, parallèle au bord costal droit, il détacha de la paroi intérieure du ventre et de la région pylorique de l'estomac l'épiploon gastro-colique épais, résistant et très adhérent à cause d'exsudats inflammatoires. Il ouvrit ensuite l'estomac dans l'étendue de 6 centimètres environ, et après avoir introduit les deux index dans le pylore avec beaucoup de peine il arriva dans le duodénum et écarta graduellement les deux doigts de huit centimètres. Ensuite il réunit les bords de la plaie de l'estomac avec la suture de M. Gely ; la plaie abdominale fut fermée avec sept points de suture métallique. L'opération dura 33 minutes. Dans l'après-midi le malade se plaignant de faiblesse, on lui donna quelques cuillerées à café d'un mélange d'œuf et de vin de Marsala. La température présenta un maximum de 38° deux jours après l'opération. Les jours suivants l'appétit revint et le malade put prendre de la viande rôtie et du pain (40 grammes).

Le 12 octobre, le malade fut déclaré guéri.

M. Loreta, en s'appuyant sur des considérations cliniques et physio-pathologiques, croit qu'il n'y a pas lieu à craindre la récidive des rétrécissements si l'on pratique la divulsion après une parfaite anesthésie du malade, si l'on dilate lentement de façon à dépasser la limite de l'élasticité des parois rétrécies et si l'on obtient cette dilatation sans déchirure des tissus.

Un deuxième malade fut opéré le 22 décembre 1882. Le rétrécissement pylorique, accompagné par une ectasie de l'estomac, avait réduit le malade dans un piteux état. M. Loreta employa la même méthode opératoire, avec cette seule différence qu'il se servit de la suture d'Appolito au lieu de celle de M. Gely.

Les suites de l'opération furent très heureuses ; l'opéré n'eut absolument pas de fièvre et la guérison s'accomplit comme dans le cas précédent.

Aujourd'hui, 9 mois se sont écoulés depuis la guérison du premier malade et six mois depuis celle du second et les opérés jouissent d'une parfaite santé.

M. Loreta en conclut : 1° Que la divulsion digitale du pylore peut être acceptée par la saine chirurgie, car elle guérit radicalement les gastro-ectasies consécutives à des obstacles ayant leur siège dans le pylore, à savoir les sténoses cicatricielles, les déplacements du pylore, les corps étrangers, l'echinocoque, etc. 2° Que du nombre des maladies pour lesquelles la résection du pylore serait indiquée (suivant Wölfen) il faut éliminer les sténoses cicatricielles et les autres sortes d'obstacle au passage du chyme, qui sont susceptibles de la divulsion digitale, opération moins dangereuse, plus facile et d'une exécution plus rapide. 3° Que l'expérience clinique démontre que les sutures continues sont aussi solides et efficaces dans l'estomac que partout ailleurs, et qu'elles ne sont pas atteintes par l'action du suc gastrique. 4° Que l'expérience nous apprend encore que les plaies faites à l'estomac dans le but d'en retirer les corps étrangers doivent être réunies immédiatement afin que le malade ne soit pas exposé à une fistule gastrique, souvent dangereuse et toujours difficile à guérir.

Enfin, l'auteur termine son travail en donnant des conseils pratiques excellents pour faire le diagnostic différentiel entre les différentes formes d'ectasie gastrique et ses causes. GHIGI.

CORRESPONDANCE

Etiologie de l'ataxie locomotrice progressive.

Paris, 12 septembre 1885

Monsieur le rédacteur en chef,

L'intéressant article de M. le Dr Belugou, relatif aux « *causes de l'ataxie locomotrice progressive* » et publié dans l'avant-dernier numéro du *Progrès médical*, contient quelques remarques qui nous visent et dont nous tenons à relever sans retard l'inexactitude.

M. Belugou, après avoir rappelé les chiffres que nous avons produits à l'appui de l'origine héréditaire (hérédité homologue ou hétérologue) de l'ataxie, examine le rôle du rhumatisme dans l'étiologie du tabes, et il s'étonne que nous ayons négligé de rechercher la relation, qui, d'après lui, existe entre le rhumatisme et l'ataxie locomotrice progressive. « Cette relation, dit-il en effet, n'est indiquée ni dans les travaux de Fournier, ni dans ceux de Landouzy et Ballet. Le rhumatisme n'est pas même désigné dans leurs statistiques, tant il est vrai que les hommes du plus grand talent et les savants les plus sincères, aveuglés par leur préoccupation exclusive, en arrivent à ne plus rien voir en dehors des arguments qui favorisent leur opinion personnelle. »

Le reproche est aussi net qu'il est immérité ; il repose sur un défaut d'information de la part de M. Belugou, qui aurait pu lire, dans le *Bulletin de l'Académie de médecine* (1), la phrase suivante, qui, à elle seule, est une manière de résumé de notre mémoire. « Les auteurs ne se refusent point à accorder, dans l'étiologie de l'ataxie, un rôle aux divers éléments morbigènes, tels que les excès, le froid, le *rhumatisme*, la syphilis surtout ; mais pour eux, ce rôle est purement accessoire, ces divers éléments ne leur paraissant mériter que la seconde place et n'intervenir qu'à titre de cause occasionnelle. »

Vous comprendrez que le reproche nous ait touchés d'autant plus que la première de nos préoccupations, nous pourrions dire de nos prétentions, en poursuivant nos recherches sur l'étiologie du tabes, a été justement de faire entrer en ligne de compte *tous* les éléments étiologiques possibles. « Les faits que nous produisons ici, disions-nous en effet au début de notre mémoire, ont l'immense avantage d'avoir été inventoriés non pas en vue d'une démonstration, mais en vue d'une recherche spéciale. Ce sont des faits étudiés dans le but d'en dégager, si possible, *toutes* les circonstances étiologiques. » Et ailleurs, « nos courbes, à nous, représentent des malades tabétiques et héréditaires, des malades tabétiques et syphilitiques, des malades *tabétiques et rhumatisants*, des malades tabétiques et anciens fébricitants, des malades tabétiques à antécédents obscurs. »

Notre enquête de 1882 a donc été plus large et plus minutieuse encore, plus détaillée et plus complète, s'il est possible, que celle de M. Belugou ; on en jugera d'ailleurs à la lecture de notre travail qui paraîtra sous peu et que le manque de loisirs nous a empêché de publier plus tôt.

Le reproche que nous adresse à tort M. Belugou s'explique par une méprise excusable d'ailleurs ; ne connaissant pas le rapport à l'Académie de médecine, il a pensé que notre communication à la *Société médico-psychologique* (2), (communication à laquelle il emprunte les chiffres qu'il vient de citer) donnait, en manière de résumé, toute la substance de notre travail, alors qu'elle n'en est qu'un extrait.

Notre mémoire académique est intitulé : « *Recherches sur les causes de l'ataxie locomotrice progressive* » et notre communication « *du rôle de l'hérédité nerveuse dans la genèse du tabes* ». La différence entre ces deux titres indique assez le but que nous visions, en écrivant le mémoire et en faisant la communication : le premier renferme les résultats d'une enquête produite, pour la première fois, complète et détaillée ; notre communication, au contraire, faite, qu'on ne l'oublie pas, devant une Société spécialement occupée de questions de psychiatrie, visait à mettre en relief la parenté suivant nous indéniable, qui unit la sclérose systématique des cordons postérieurs aux différentes affections mentales ou nerveuses. Voilà pourquoi nous y avons, intentionnellement, laissé dans l'ombre certains éléments étiologiques à notre sens moins prépon-

(1) *Rapport général sur les prix décernés en* 1882, par M. Proust, secrétaire annuel (*Bulletin de l'Académie de Médecine*, 2e série, t. XII, 1883, p. 1451.)

(2) *Du rôle de l'hérédité nerveuse dans la genèse de l'ataxie locomotrice progressive* : communication faite dans la séance du 10 décembre 1883 (*Annales médico-psychologiques*, 6e série, t. XI, 1884, p. 29.)

dérants que l'hérédité nerveuse, bien que ces éléments tinssent une large place dans notre enquête conduite en tous sens.

Un mot encore : M. Belugou, après avoir reproduit notre statistique générale, écrit : « En acceptant purement et simplement les chiffres de MM. Landouzy et Ballet, à quoi se réduit cette influence de l'hérédité nerveuse qui joue, d'après eux, un rôle si prépondérant? à 35 cas sur 138! Ce n'est pas quand une statistique laisse 75 0/0 en dehors de l'action d'une cause, qu'elle donne le droit d'affirmer que cette cause joue le rôle prépondérant. »

On nous accordera pourtant que l'hérédité nerveuse joue tout au moins le rôle prépondérant par rapport à la syphilis et au rhumatisme, puisque, sur nos 138 cas, nous trouvons moins de syphilitiques et moins de rhumatisants que d'héréditaires avérés. Au surplus, M. Belugou ne se sert pas du mot juste lorsqu'il dit que 75 0/0 sont *en dehors* de l'hérédité. Pour un bon nombre (61 cas sur 138), ces 75 0/0 représentent des cas dans lesquels nous n'avons *pu trouver* aucune étiologie certaine et positive, pas plus rhumatisme, excès vénériens que syphilis ou hérédité; ce qui ne veut pas dire que l'un ou l'autre de ces éléments ne fût au fond élément causal. Les faits de cette catégorie doivent être provisoirement laissés en dehors du débat, et s'ils devaient servir à faire pencher la balance, ce ne serait à coup sûr pas du côté du rhumatisme, qu'on retrouve toujours quand il a frappé un malade, ou même de la syphilis qu'on découvre assez aisément, mais bien du côté de l'hérédité nerveuse, homologue ou hétérologue, de tous les éléments étiologiques le plus difficile à dépister, comme en conviendront tous les médecins exercés.

Mais, voilà une lettre déjà bien longue ; il nous faut renoncer à faire ressortir aujourd'hui la valeur de certaines considétions que nous avons résumées dans notre communication à la Société médico-psychologique. Nous ne désespérerions pas, si l'espace nous le permettait, de convaincre notre distingué confrère de Lamalou, qu'en *pesant* les observations, on arrive à démontrer d'une façon non moins décisive qu'en les *comptant*, la part dominante qui revient à l'hérédité nerveuse dans l'étiologie de l'ataxie.

M. Belugou comprendra que nous tenions à ne pas laisser dénaturer les tendances et méconnaître les principes qui nous ont guidés dans nos recherches, faites sans exclusivisme et, nous osons le dire, sans « aveuglement. » Nous regrettons que la lecture isolée de notre communication et la méconnaissance du rapport de l'Académie aient donné lieu à une méprise fâcheuse, bien qu'excusable, sur la direction que nous avions imprimée à notre enquête. La lecture de notre travail, que nous espérons pouvoir prochainement faire parvenir au Dr Belugou, convaincra notre confrère que nous n'avons pas abordé le problème de l'étiologie du tabes avec moins d'impartialité que lui-même, et que, comme lui, nous avons poursuivi nos recherches sans « préoccupations exclusives et sans opinions personnelles préconçues. »

La façon dont notre enquête a été conduite et la qualité de plus de cent observations patiemment inventoriées suivant une même méthode, justifieront, nous l'espérons, aux yeux de M. Belugou, les conclusions formulées dans notre mémoire académique de 1882, à savoir, que toutes les causes possibles : « la syphilis, *le rhumatisme*, les abus fonctionnels, le traumatisme, les maladies fébriles, etc., seraient plutôt une *condition pathogénique* que l'élément étiologique vrai du tabes. »

Veuillez agréer, Monsieur le rédacteur et ami.....

L. Landouzy, G. Ballet.

BIBLIOGRAPHIE

Le cardiopatie nei pazzi, loro patogenesi e studi anotomo patologici del Dr B. Salemi-Pace. Palerme, 1883.

Nous ne résumerons ici que les conclusions de cet intéressant travail : 1° Les observations avec autopsies recueillies pendant cinq ans dans le manicôme de Palerme ont révélé l'existence de cardiopathies chez les aliénés 75 fois sur 100. Ce chiffre est à peu près celui de la plupart des auteurs. 2° L'étude des cardiopathies chez les aliénés n'est pas récente, mais a toujours été faite au simple point de vue anatomo-pathologique. L'auteur, élargissant le champ de cette étude et recherchant les causes et la pathogénie de ces affections, en arrive à une conclusion diamétralement opposée à celles admises jusqu'ici, au sujet de l'influence réciproque des cardiopathies sur les phrénopathies. 3° Au point de vue étiologique, en effet, on a toujours tenu grand compte de l'influence des cardiopathies sur les affections mentales. Mais ces cas, pour exister, n'en sont pas moins relativement rares, tandis que le plus fréquemment ce sont les phrénopathies qui favorisent le développement des maladies cardiaques. 4° Sur 120 nécropsies, 88 individus (54 hommes, 34 femmes) offraient des altérations des cavités cardiaques. Les principales lésions observées étaient l'hypertrophie du ventricule gauche coexistant avec l'atrophie du ventricule droit, la dégénérescence du myocarde et un état adipeux du cœur, consistant non seulement en une surcharge de graisse, mais aussi en une dégénérescence granulo-graisseuse. Cette dernière lésion affectait surtout le ventricule droit sans être en rapport avec l'obésité ou l'âge avancé des sujets. 5° Le cœur fonctionne en vertu d'une action propre de ses fibres et aussi en vertu d'influences nerveuses venant du pneumogastrique, du sympathique et du spinal, qui se trouvent en rapport avec des centres particuliers sympathiques, bulbaires, médullaires et cérébraux. Voilà pourquoi l'activité rythmique du cœur peut si facilement s'altérer, puisqu'en lui convergent et de lui s'irradient presque tous les réflexes de la vie végétative et surtout de la vie de relation (sentiments, affections, passions). 6° Etant admis que le point de départ des actions psychiques est dans le cerveau, les émotions qui agissent sur les centres médullaires, bulbaires, ou sympathiques retentiront forcément sur le cœur et amèneront, en se renouvelant, des désordres fonctionnels et des troubles de nutrition de cet organe. 7° Les causes de la folie étant le plus souvent affectives ou morales, cela nous explique alors l'existence des cardiopathies des aliénés. L'action « sensitivo-émotive » ayant son siège dans le cerveau, sans vouloir toutefois la localiser, il est évident que tout désordre de ces centres se propage aux éléments cellulaires où s'élabore l'idée ; et alors tout trouble combiné des centres affectifs et intellectuels retentit sur l'organe avec lequel ils ont le plus de rapports, c'est-à-dire sur le cœur. 8° Cette opinion, dit l'auteur, n'est pas en contradiction avec les causes générales des cardiopathies, causes mécaniques ou dynamiques, étant admis aujourd'hui que ces dernières peuvent altérer d'abord le fonctionnement, puis la nutrition de l'élément fibrillaire. 9° Les lésions histologiques observées dans les fibres musculaires du cœur ont une analogie très grande avec celles que l'on observe dans l'atrophie et l'hypertrophie musculaire progressive. De ce fait que dans cette dernière maladie l'altération des *éléments anatomiques* des centres nerveux amène l'atrophie des muscles de relation, l'auteur en induit de suite et sans donner d'examens nécroscopiques à l'appui, que les lésions du cœur qu'il a observées peuvent se rapporter à des altérations analogues des centres nerveux encéphaliques. 10° Enfin, on peut, dit l'auteur, retourner la proposition courante, c'est-à-dire admettre l'influence des cardiopathies sur les phrénopathies, et ajouter à la liste des affections du cœur les *dystrophies cardiaques par troubles de l'innervation*.

J. Séglas.

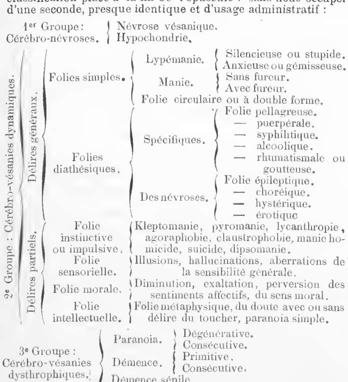
Modification à la méthode d'Erlich pour les bacilles tuberculeux ; par Fütterer. (*Virchow's Archiv.*, vol. ci, p. 198).

Pour obtenir sans danger pour la coloration du bacille une décoloration uniforme du bacille, se servir de *chlorure de palladium* ; un verre de montre avec une solution à 1/500 suffit pour beaucoup de coupes. Méthode : 1° Coloration d'après Erlich ; — 2° Décoloration dans l'alcool acidulé (3 gouttes d'acide nitr. dilué pour un verre de montre d'alcool absolu), jusqu'à ce qu'il n'y ait plus qu'une légère couleur rosée ; — 3° On met les

coupes pendant une minute dans une solution de chlorure de palladium 1/500, chaque fois filtrée avec soin ; — 4° Lavage à l'eau ; — 5° Séjour de quelques minutes dans l'alcool acidulé ; — 6° Huile de cèdre (Cedernöl) : — 7° Baume du Canada, rendu plus soluble au moyen d'un peu de térébenthine. — Cette méthode est bonne aussi pour le bacille de la lèpre.

La classificazione delle frenopatie, dal Prof. Salemi Pace. — Palerme 1885.

Comme toutes les classifications, celle que propose le professeur Salemi Pace est passible de critiques. Nous ne pouvons développer ici les objections que nous a suggérées la lecture de ce travail, où l'on trouve d'ailleurs des remarques très intéressantes sur les dégénérés, les délires systématisés. Nous nous contenterons donc de reproduire le tableau de la classification placé à la fin de l'opuscule : sans nous occuper d'une seconde, presque identique et d'usage administratif :


1er Groupe : Cérébro-névroses. { Névrose vésanique. Hypochondrie.

2e Groupe : Cérébro-vésanies dynamiques.
Délires généraux.
Folies simples. { Lypémanie. { Silencieuse ou stupide. Anxieuse ou gémisseuse. — Manie. { Sans fureur. Avec fureur. — Folie circulaire ou à double forme.
Folies diathésiques. { Spécifiques. { Folie pellagreuse. — puerpérale. — syphilitique. — alcoolique. — rhumatismale ou goutteuse. — Des névroses. { Folie épileptique. — choréique. — hystérique. — érotique
Délires partiels.
Folie instinctive ou impulsive. { Kleptomanie, pyromanie, lycanthropie, agoraphobie, claustrophobie, manie homicide, suicide, dipsomanie.
Folie sensorielle. { Illusions, hallucinations, aberrations de la sensibilité générale.
Folie morale. { Diminution, exaltation, perversion des sentiments affectifs, du sens moral.
Folie intellectuelle. { Folie métaphysique, du doute avec ou sans délire du toucher, paranoia simple.

3e Groupe : Cérébro-vésanies dysthrophiques. { Paranoia. { Dégénérative. Consécutive. — Démence. { Primitive. Consécutive. — Démence sénile. — Démence paralytique ou paralysie progressive.

4e Groupe : Arrêt de développement cérébral. { Imbécillité. Idiotie. Crétinisme.

J. Seglas.

NÉCROLOGIE

Ernest Baudrimont.

Nous avons le regret d'apprendre la mort de E. Baudrimont, docteur ès sciences, professeur à l'École supérieure de pharmacie, membre de l'Académie de médecine, directeur de la pharmacie centrale des hôpitaux civils.

Fils d'un petit horloger de Compiègne, Ernest Baudrimont fut envoyé chez son oncle A. Baudrimont, professeur à la Faculté des sciences de Bordeaux, qu'il quittait bientôt pour concourir à l'internat en pharmacie des hôpitaux. De cette époque, date pour lui une vie de travail opiniâtre qui lui permit, sans protections, de conquérir successivement tous ses grades en inspirant le respect par la rectitude de son caractère qu'il ne sut jamais plier aux circonstances du moment.

Au sortir de l'internat, en attendant une vacance dans les hôpitaux, on lui offrit une place de pharmacien dans les prisons de la Seine ; mais il fallait faire une demande avec des formules de politesse et de respect au préfet de police, E. Baudrimont refusa tout au grand ébahissement du chef de bureau qui considérait la chose comme une simple formalité.

Nommé bientôt pharmacien des hôpitaux, après un concours qui le fit remarquer, E. Baudrimont, pendant longtemps, prépara les élèves à l'internat. A cette époque, les traitements étaient de 1500 à 1800 francs ; E. Baudrimont songeait en même temps à l'agrégation à l'École de pharmacie, et se mettait à l'œuvre en travaillant pendant six ans à sa thèse de doctorat ès sciences, qui fut pour lui un vrai titre de gloire. Le sujet était considérable ; il touchait à la chimie organique et à la chimie minérale : Il s'agissait de l'Action du perchlorure de phosphore sur les métalloïdes, les métaux et les composés organiques. Le titre de docteur ès sciences devait lui permettre de concourir à l'agrégation. Aussi E. Baudrimont attendit avec impatience pendant six mois, huit mois, un an, qu'on voulût bien accepter ou refuser sa thèse. La refuser était impossible, l'accepter lui ouvrait le concours d'agrégation, et on désirait l'écarter. C'est alors que E. Baudrimont, indigné, alla trouver l'examinateur et le somma d'accepter ou de refuser sa thèse, le menaçant d'une assignation devant les tribunaux, si dans les huit jours il n'y avait pas de solution. On juge de l'émoi produit en Sorbonne, par cette attitude d'un républicain austère, qui loin de se courber, se dressait menaçant. Il fut donc reçu dans les délais voulus, et bientôt aussi à l'agrégation. Mais l'Empire lui fit payer cher son indépendance de républicain libre penseur. E. Baudrimont présenté en *première ligne* par l'École de pharmacie pour succéder à Guibourt en 1868, fut impitoyablement écarté. C'est en mars 1872, à l'âge de 51 ans, que la République répara enfin les infamies des professeurs et des ministres de l'empire, et E. Baudrimont était nommé professeur de chimie médicale à l'École de pharmacie, puis plus tard décoré. Ses titres scientifiques l'avaient désigné depuis dix ans à plusieurs chaires, et toujours écarté. Mais il acquit ainsi des connaissances encyclopédiques qui lui permirent de transformer complètement le Traité des falsifications de Chevalier. Le Dictionnaire des altérations et des falsifications de E. Baudrimont est un véritable monument qui a précédé de longtemps tout ce que l'on fait aujourd'hui au laboratoire municipal. Cet ouvrage, répandu dans tous les pays où il existe des chimistes, fut fait avec la conscience que E. Baudrimont apportait à tout ce qu'il traitait. Il désignait naturellement Baudrimont pour remplacer M. le professeur Regnauld, comme directeur de la pharmacie centrale des hôpitaux, et lui ouvrait bientôt les portes de l'Académie de médecine. E. Baudrimont meurt à 64 ans comme il a vécu, en libre penseur. Démocrate convaincu, il a donné la plus belle preuve de son attachement au peuple dont il sortait, en faisant pendant vingt-cinq ans d'une façon régulière, malgré toutes ses occupations, un cours de chimie à l'Association philotechnique. Il s'est arrêté seulement quand sa santé ébranlée ne lui a plus permis ce travail supplémentaire. Nous saluons en E. Baudrimont l'honnête homme doublé du savant.

VARIA

Le choléra.

Espagne. — On a constaté dans toute la péninsule : 1597 cas et 612 décès le 11 septembre ; — 430 décès cholériques le 12 septembre ; — 1268 cas de choléra et 442 décès le 13 septembre ; — 1077 cas et 357 décès le 14 septembre ; — 888 cas et 360 décès le 15 septembre.

France. — L'épidémie est en décroissance aussi bien en France qu'en Espagne ; mais dans ces deux pays les quelques localités nouvellement atteintes continuent à fournir un chiffre élevé de décès. Le choléra ne semble pas du reste avoir actuellement de la tendance à dépasser les limites de certaines régions ; en France on signale l'apparition du fléau seulement dans quelques communes de l'Ardèche. Les journaux ne publient plus que de loin en loin des statistiques plus ou moins exactes ; aussi croyons-nous devoir dès aujourd'hui suspendre la publication de la plupart des tableaux que nous insérions chaque semaine. On jugera du reste de la valeur scientifique de ces statistiques par la lettre ci-dessous que nous publions à titre de document.

Paris, le 12 septembre 1885.

Monsieur,

Vous avez inséré dans le numéro du *Progrès médical* du 5 courant, une lettre de Toulon adressée à la *Lanterne* et ayant paru dans le numéro de ce journal du 31 août. Dans le numéro de ce jour, vous donnez la statistique des décès cholériques constatés à Toulon et constatez que la situation s'améliore. La situation s'améliore, c'est vrai, mais elle est plus grave encore que l'indique la statistique que vous publiez. Permettez-moi de vous

communiquer quelques passages d'une lettre qu'un médecin de marine, habitant Toulon, vient de m'envoyer :

..... Il paraît qu'on n'a pas idée de ce qui se passe en Provence à Paris. La presse a été d'une insouciance incroyable vis-à-vis de Toulon..... On signale à peine quelques décès cholériques à Toulon ; eh bien ! l'épidémie a été quatre fois plus forte que l'année dernière. Les rues sont désertes, les magasins sont fermés. Le choléra a commencé le 15 août et dans 25 jours il a enlevé le tiers de ce qu'il a enlevé l'année dernière dans 120 jours. Nous sommes allés jusqu'à 46 décès par jour et la population était descendue de 70,000 à 30,000 âmes, ce qui représenterait à peu près 4,000 décès par jour à Paris. L'épidémie n'a de baisse rapide que depuis quelques jours : 30, 28, 25, 18, 16, 15, 12, 10 décès. Aujourd'hui (dix septembre) six décès ; la ville est en joie, on espère que c'est fini.

Je vous garantis la bonne foi absolue de mon correspondant. Agréez, etc., l'un de vos abonnés, Dr E. DORÉ.

Toulon. — On a constaté dans cette ville 1 décès le 12 septembre ; 1 décès le 13 septembre ; 2 décès le 15 septembre.

TOULON.

	Hôpital Bon-Rencontre.			Hôpital St-Mandrier.		
	Entrées.	Guérisons.	Décès.	Entrées.	Guérisons.	Décès.
10 septembre.	3	2	1	4	17	1
11 — ..	»	»	»	»	»	»
12 — ..	4	2	2	2	9	2
13 — ..	»	»	»	»	»	»
14 — ..	»	»	»	»	»	»
15 — ..	»	»	»	»	»	»
16 — ..	»	»	»	»	»	»

	MARSEILLE.		PHARO.		
	Cas.	Décès.	Entrées.	Guérisons.	Décès.
10 septembre	»	7	4	3	1
12 — ..	»	6	3	6	1
14 — ..	»	7	»	»	»
15 — ..	»	5	5	3	1
16 — ..	»	4	»	»	»

Seine. — La *Semaine médicale* annonce qu'il y aurait eu trois décès cholériques à *Montreuil-sous-Bois*.

Algérie. — Le journal algérien, l'*Akhbar*, du 12 septembre, prétend que c'est à tort que l'on a annoncé l'apparition du choléra à Dellys. Nous publions cette rectification sans rien garantir ; on sait qu'au début de chaque épidémie les journaux de la région prétendent toujours que l'état sanitaire est excellent.

Italie. — Si l'épidémie décroit en France et en Espagne, par contre elle commence à se répandre dans une grande partie de l'Italie. De tous côtés on signale de nouveaux cas ; à *Palerme*, malgré les quarantaines, les décès se multiplient et l'on annonce l'apparition prochaine du bulletin statistique officiel, dont l'exactitude scientifique sera comparable aux diverses publications du même genre.

ITALIE.

	14 septembre.		15 septembre.	
	Cas.	Décès.	Cas.	Décès.
Province de Parme . . .	12	8	8	6
— Reggio Emilia.	2	»	1	1
— Palerme	13	4	7	3

Le combat des cellules et des bactéries, par le Dr Virchow

Traduction par le Dr VOGT.

L'article ci-dessous, dont nous donnons la traduction, nous a paru digne d'être reproduit en entier, non seulement à cause de la grande notoriété de son auteur, mais encore parce qu'il semble répondre au nouveau courant d'idées qui peut-être guidera tous les chercheurs de la fin de ce siècle.

Ce volume commence une nouvelle série des Archives. Il est donc naturel qu'à une si importante époque de la vie de ce journal, quand le centième volume vient de finir de paraître, nous formulions à nouveau un programme. Le progrès est si rapide, le nombre des questions nouvelles est si grand, les expériences de chaque jour sont en nombre si considérables, qu'il semblerait nécessaire de donner un mot d'ordre pour imprimer une direction dans l'agencement de ce matériel colossal.

Il y a quarante ans, lorsque commencèrent les Archives, nous étions à un moment où les progrès inattendus de la physique et de la chimie, surtout de la chimie organique, frappaient tous les esprits. On était trop tenté de faire passer toute la biologie dans la physique et la chimie organiques. Les dangers du vitalisme, qu'on venait d'abandonner, étaient encore présents à tous les esprits : aussi fallait-il alors un courage véritable pour reconnaître que la vie était quelque chose de spécial, et pour accorder à la morphologie et à la physiologie leurs droits particuliers. Les Archives ont tenu à honneur de faire leur possible pour réhabiliter la biologie, quelle que soit l'explication dernière que l'on trouvera pour le phénomène de la vie, il faudra toujours reconnaître que les plantes et les animaux, les cellules et les tissus sont des assemblages spéciaux, demandant à être examinés et jugés d'après leurs particularités propres. Cette conviction est peu à peu devenue générale ; on ne s'effraie plus du reproche de vouloir évoquer à nouveau le spectre de l'ancien vitalisme. Depuis que le caractère transmissible de la vie est devenu la base de tout système biologique, on peut assister avec un certain calme aux essais d'explication de la première apparition de la vie. La pathologie surtout, dont le but est d'étudier la substance vivante, ne montre que peu d'intérêt pour cette question qui semble évidemment transcendante. Sans doute la pathologie examine avec intérêt et prudence tout nouveau système sur la descendance, mais au fond elle a admis comme axiome la descendance non interrompue de tous les êtres vivants.

J'ai depuis longtemps formulé cette idée en opposant à l'axiome d'Harvey : *Omne vivum ex ovo*, le : *Omnis cellula a cellulâ*. Cette théorie cellulaire de la vie conduit directement à la théorie cellulaire de la maladie. Je suis arrivé à ce développement en parallélisant les plantes et les animaux inférieurs avec les cellules des animaux et plantes supérieurs. Au moment où par l'épigenèse j'expliquais beaucoup de processus pathologiques et arrivais ainsi à la théorie de la descendance, et remplaçant les matières plastiques et les exsudats par la prolifération des générations successives des cellules, les botanistes et zoologistes tournaient tous leurs regards vers les plantes et les animaux appelés unicellulaires. On a beaucoup changé dans ce domaine, mais il est resté ceci, que chaque progrès nous a confirmé le fait que les propriétés vitales et les forces des cellules isolées peuvent être absolument comparées aux propriétés vitales et aux forces développées dans les plantes et animaux inférieurs.

La conséquence naturelle de ce principe est qu'il faut pour ainsi dire *personnifier les cellules*. Il faut, du moment que la plante ou l'animal le plus inférieur est un être complet (1), laisser le même caractère à chaque cellule vivante isolée sans un organisme complexe. Je ne disconviens pas qu'une telle appréciation peut donner facilement lieu à des abus ; on pourrait même arriver à en faire découler une sorte de mysticisme vitaliste. Mais aucune pensée humaine ne peut échapper à l'abus et à l'exagération. Nous ne pourrions du reste parler si d'avance nous voulions éviter de voir nos paroles mal comprises. Une cellule qui se nourrit, qui digère, comme on dit actuellement, qui se meut, qui sécrète, forme un être complet, actif, ses fonctions ne sont pas seulement des effets d'influences extérieures, ce sont au contraire des produits d'actions internes, en corrélation intime avec l'existence même de la cellule. Dans mon premier travail sur les unités morbides et les foyers de maladies (in *Arch*., 1852. Vol. IV, p. 275), j'ai donné une vieille citation prise dans un ouvrage de Schilling sur la vie et son apparition dans la plante : *Intus habitat, sibi soli prospicit, sibi soli vivit, nihil foras judicat aut agit*. La cellule animale même la moins active arrive aux mêmes résultats : Beaucoup d'entre elles font bien davantage ; il ne nous reste donc plus qu'à individualiser ces « organismes élémentaires » Ce n'est point là du mysticisme, mais du réalisme pur.

En général, cette tendance a été suivie pendant une série d'années avec plus ou moins de clarté. Il est curieux de constater qu'à chaque nouvelle mise en lumière d'une des propriétés des cellules, il se trouva des hommes qui crurent la théorie cellulaire disparue à cause de cela. Des faits aussi extraordinairement démonstratifs que le mouvement autonome et les

(1) *Person*, dans le texte.

migrations des cellules devaient battre en brèche la théorie cellulaire, quand au contraire ils ne font que la confirmer et l'élargir brillamment.

Il n'en est pas de même pour les influences extérieures subies par les cellules. Il est évident que l'étiologie a longtemps cédé le pas à la phénoménologie. On s'en aperçoit surtout lorsque les microorganismes parasitaires envahirent en nombre toujours plus grand le domaine de la pathologie. La plupart des contemporains en fut tellement éblouie qu'il semblait qu'on considérât l'ancienne science comme tout à fait dénuée de valeur. On peut comprendre cette appréciation, sans la partager. Mais il ne sera pas inutile d'expliquer comment il se fait que l'importance de micro-organismes déjà connus, n'a pas été toujours de suite apprécié comme cela eût été naturel.

J'ai montré dans mon *Traité de pathologie et thérapeutique spéciales*, Erlangen, 1854, vol. I, p. 355, quel était le point de vue adopté par la génération précédente dans ces questions. BASSI avait en 1835 reconnu la cause de la muscardine du ver à soie, SCHOENLEIN, 1839, le champignon de favus et Jul. VOGEL en 1841, le champignon du muguet, aussi l'idée que certaines maladies étaient causées par des plantes parasites était courante. Différents pathologistes (je ne nommerai en Allemagne que HENLE et EISENMANN) ont utilisé ces faits assez rares pour en faire une vaste théorie sur les maladies parasitaires. A cette époque on n'avait aucun préjugé contre des théories de ce genre, et je pourrai même rappeler qu'alors je publiai toute une série d'observations de pneumo et onychomycosis (*Arch.*, vol. IX, p. 357 pl. IV), qui me semblaient très exactes. Au commencement de cet article j'ai expliqué pourquoi pendant 15 ans après SCHOENLEIN et VOGEL, on ne fit presque pas de progrès dans cette voie. « La grande lenteur avec laquelle nous progressons dans cette voie, malgré les expériences utiles nées de nombreuses recherches, s'explique surtout par la difficulté de connaître à fond la nature de plantes que les botanistes de profession ne connaissent qu'imparfaitement; les descriptions et dessins qui s'y rapportent n'ont pas grande valeur. Il faut donc une grande somme de travail pour arriver à un mince résultat, ce qui n'arrive pas quand on s'occupe d'une question de pathologie ordinaire. » Il y avait en outre une autre difficulté (v. ces *Arch.*, 1880, vol. LXXIX, p. 206). Tant qu'on n'eut à faire qu'à des champignons de putréfaction et de fermentation, on connaissait au moins les grands traits de la biologie de ces parasites. Mais le domaine entier des organismes que nous désignons aujourd'hui du nom de schizomycètes était inconnu, et les appréciations étaient si variées, que chacun s'en éloignait avec une sorte de répulsion. EHRENBERG, peu auparavant, avait décrit ces êtres comme des animaux, en en faisant des infusoires. Puis, on s'aperçut que tous les détails donnés par le célèbre micrographe étaient faux; pour beaucoup d'entr'eux on crut pouvoir adopter des caractères qui en faisaient des plantes. Les microscopes étaient alors fort insuffisants : on ne réussissait pas à faire des cultures pures, les méthodes actuelles de coloration étaient inconnues, car les couleurs elles-mêmes l'étaient aussi en grande partie. Enfin, dans tous les détritus et matières en putréfaction, on trouvait tant de ces organismes, que le public finit par être convaincu que chaque goutte d'eau, chaque bulle d'air en contenait au moins des milliers. Il n'est pas étonnant qu'on négligeât ces organismes, même quand on en rencontrait.

Je n'en veux pour preuve que ma propre manière d'agir à l'apparition du choléra, le 31 juillet et 1er août 1848. C'est à ce moment qu'on observa les premiers cas de cette maladie qui devait plus tard s'étendre avec tant de violence. Le premier cas fut mortel : je trouvai dans l'intestin de « nombreux vibrions », mais dans le sang pas « d'objets étrangers p. ex. des vibrions ». Dans le second cas, j'examinai les selles et trouvai des « vibrions et monades à cils vibratiles ». (*Med. Reform.*, 1848, n° 5, p. 28. *Ges. Abh.*, *aus dem Gebdiee der offentl. Medicin und Seuchenlhre*, p. 128). Je parlai de la valeur des « infusoires », et ajoutai que je « n'attachais pas d'importance aux maladies par infusoires, que, dans le choléra, on n'en trouvait que dans les selles, qu'elles n'avaient rien de spécifiques, mais ne faisant qu'indiquer le commencement de la putréfaction. Le développement simultané de carbonate d'ammoniaque, et la couleur rosée spéciale, que prenaient les matières, en présence de l'acide nitrique, le prouvaient ». (*Med. Reform.* n° 15, *handl. Ges. Abh.*, p. 137). J'en trouvais une nouvelle preuve dans ce fait que l'intestin était acide en haut, et alcalin dans les parties inférieures : « là, il y avait des infusoires, c'est-à-dire de la putréfaction ; en haut rien de semblable » (*Med. Reform. Ges. Abh.* p. 148).

Je ne puis affirmer si ces infusoires étaient identiques aux bacilles-virgule : en tous cas, ces derniers se trouvaient là. Mais on ne pouvait à cette époque ni faire d'analyse plus exacte ni s'y attacher par suite du manque de raisonnements théoriques. La question resta cependant dans mon esprit, et, 20 ans plus tard, ayant eu un cas d'empoisonnement par l'arsenic avec symptômes cholériques, je dirigeai tout spécialement mes recherches dans ce sens. J'espérais arriver au diagnostic par l'examen du contenu intestinal. Mais le liquide semblable à l'eau de riz que contenait le gros intestin, montra à l'examen microscopique, « la même composition que dans le choléra, surtout des quantités innombrables de bactéridies et de vibrions très ténus, ressemblant absolument aux champignons cholériques décrit par KLOB et d'autres » (Les *Arch.*, XLVII, p. 525). Je continuai encore dix ans à conserver cette manière de voir : je fis ressortir que les êtres qu'on appelait vibrions en 1848 s'appelaient des micrococcus de nos jours ; et je disais : « encore aujourd'hui, je ne suis pas convaincu de la nature spécifique de ces micro organismes » (*Ges. Abh.*, p. 513). Je rappellerai, pour abréger, certains passages de mes travaux séparés sur la médecine publique, vol. II, p. 185 et surtout p. 272 (voir ces *Arch*, 1868, vol. XLV, p. 280) : là, je disais : « ces formations sont de si petite taille, et dans l'état actuel de la science, il est si difficile de les distinguer les unes des autres, que je ne combattrai pas ceux qui espèrent pouvoir arriver, peut-être par la voie expérimentale, à trouver une espèce distincte de vibrion dans le choléra. Je ne rejeterai donc nullement l'hypothèse d'un champignon (Pilz) du choléra. *On peut donc représenter le miasme cholérique comme un ferment issu d'un champignon, et beaucoup de raisons nous y poussent,* mais ce n'est là qu'une simple analogie, une possibilité, mais non une question résolue. (*A suivre*).

Les Femmes médecins en Angleterre.

Nous avons annoncé qu'une délégation du Conseil municipal s'était rendue à Londres pour étudier certaines questions relatives à l'Assistance publique. L'un des membres de cette délégation, qui ne paraît pas s'être mis, même dans une faible mesure, au courant de l'organisation des hôpitaux de Londres, M. Armand Desprès, avait relevé l'absence des élèves femmes dans les hôpitaux de Londres comme argument contre leur admission dans les hôpitaux de Paris. Mme Jeanne Eliz Schmahl, élève en médecine, a relevé l'erreur de M. Desprès dans une lettre adressée au *Télégraphe* du 4 septembre. Voici en quels termes :

« Les hôpitaux de Londres, sauf un, « The-Royal-free-Hospital, Grays Inn Road », n'ont jamais admis les femmes élèves en médecine. C'est pour cela qu'on ne les y voit pas, et c'est aussi pour cela qu'on voit si fréquemment les élèves anglaises suivre les services des hôpitaux de Paris.

Les statistiques du *London school of medecine for women* prouvent que, loin de diminuer, le nombre des femmes, élèves en médecine, augmente en Angleterre.

Et cette augmentation est toute naturelle, car celles qui ne voient pas la carrière facile à suivre en Angleterre ont un vaste champ ouvert à leur activité aux Indes, ainsi que l'a démontré M. I. E. Noggan, docteur en médecine, dans un article remarquable : « La Femme médecin aux Indes », publié dans la *Nouvelle Revue* du 15 février 1884. »

Asiles d'aliénés de la Seine.

Le traitement des pharmaciens en chef des asiles publics d'aliénés de la Seine est fixé ainsi qu'il suit : *Sainte-Anne* : 3e classe, 5000 francs ; 2e classe, 5500 francs ; 1re classe, 6000 francs. — *Villejuif, Ville-Evrard, Vaucluse* : 3e classe, 4000 francs ; 2e classe, 4500 francs ; 1re classe, 5000 francs. Le passage d'une classe inférieure à une classe supérieure ne pourra avoir lieu que par période de 500 francs et qu'après trois ans au moins d'exercice dans la classe immédiatement inférieure.

Nous ne pouvons que féliciter le Conseil général de l'amélioration qu'il vient d'apporter aux traitements des pharmaciens des asiles. Remarquons cependant qu'il n'est pas question dans cet arrêté d'une classe exceptionnelle, alors qu'elle existe pour les directeurs, médecins en chef et médecins-adjoints. C'est un oubli

que le Conseil général saura sans doute réparer lorsqu'il s'agira de récompenser des longs services.

Voyons maintenant comment l'administration *a appliqué* cette délibération du Conseil général. Celui-ci a supprimé l'ancienne dernière classe, voulant que l'on arrivât à la première classe au bout de six ans, au lieu de neuf ans. Le rapporteur de la troisième commission, conformément à ce vœu, avait inscrit aux budgets des quatre asiles les crédits correspondants ; qu'a fait l'administration? Le sous-chef au bureau du personnel, après avoir gardé par devers lui pendant cinq mois, les dossiers des intéressés, trouva *scandaleuse* (il écrivit exagérée) l'augmentation votée par le Conseil général, et il le fit bien voir. Sur sa proposition les pharmaciens de Ville-Evrard et Vaucluse, depuis 16 et 10 ans dans les asiles, sont promus à la 2e classe, alors que le rapporteur avait inscrit le traitement de la 1re classe. Quant au pharmacien de Vaucluse il débute à la dernière classe, comme s'il n'était pas depuis cinq ans déjà dans les asiles. On voit comment dans l'application, l'administration tient compte des vœux du Conseil général.

Malgré ses désirs maintes fois formulés et encore dans sa dernière session, les médecins ne sont pas nommés au concours, les aumôniers continuent à être logés, les asiles ne se fournissent pas à l'administration de l'Assistance publique et viennent de faire de nouvelles adjudications contre l'avis formel de la 3e commission, le personnel des employés est toujours aussi exagéré. Le Conseil général a une façon très simple de se faire obéir, il l'a inaugurée en refusant le crédit pour le traitement des sœurs, et en *forçant* ainsi la laïcisation. Qu'il refuse les traitements et indemnités des employés du bureau des aliénés, jusqu'à ce que ses vœux si pratiques et si modérés reçoivent entière satisfaction. Il faut enfin savoir qui aura raison des représentants qui payent ou des employés qui touchent et se moquent des vœux du Conseil général.

Enseignement médical libre.

Cours particulier de technique microscopique. — M. le Dr LATTEUX, chef du laboratoire de la Charité, commencera un nouveau cours le jeudi, 24 septembre, à 4 heures, dans son laboratoire, rue du Pont-de-Lodi, n° 5. Ce cours, essentiellement pratique, est destiné à mettre les élèves en mesure d'exécuter les analyses microscopiques exigées journellement par la profession médicale. Pour cela, ils sont exercés individuellement et répètent eux-mêmes toutes les expériences. Les microscopes et autres instruments sont à leur disposition. On s'inscrit chez le Dr Latteux, rue Jean Lantier, près le Châtelet, de midi à 1 heure.

Cours d'accouchements. — M. le Dr STAPFER, chef de clinique d'accouchements, commencera son cours particulier le 1er octobre et le continuera tous les jours à 4 heures, ce cours sera complet en deux mois.

MM. les élèves seront d'abord mis au courant des éléments d'obstétrique indispensables au praticien. Ils feront des examens cliniques et des manœuvres. On s'inscrit à la clinique.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS.—Du dimanche 6 septembre au samedi 12 septembre 1885, les naissances ont été au nombre de 1,225 se décomposant ainsi: *Sexe masculin* : légitimes, 434; illégitimes, 167. Total, 601. — *Sexe féminin* : légitimes, 460 ; illégitimes, 168. Total, 628.

MORTALITÉ A PARIS.— Population d'après le recensement de 1881: 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 6 septembre au samedi 12 septembre 1885, les décès ont été au nombre de 803, savoir : 431 hommes et 372 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 12. F. 13. T. 25. Variole : M. 2, F. 5, T. 7. — Rougeole: M. 2, F. 5, T. 7. — Scarlatine : M. 1 F. 0 T. 1. — Coqueluche : M. 1, F. 1. T. 2.— Diphtherie, Croup : M. 9 F. 7, T. 16. — Dyssenterie : M. 4. F. 0, T. 4. — Erysipèle: M. 1, F. 0 T. 1.— Infections puerpérales : 8 — Autres affections épidémiques : M. ., F. ., T. .. — Méningite tuberculeuse et aiguë: M. 10 F. 6, T. 16. — Phthisie pulmonaire : M. 97, F. 66 T. 163. —Autres tuberculoses : M. 19, F. 8. T. 27.—Autres affections générales : M. 24, F. 30 T. 54.— Malformations et débilité des âges extrêmes: M. 12, F. 28, T. 40. — Bronchite aiguë : M. 1, F. 4, T. 5. — Pneumonie : M. 21, F. 18, T. 39. —Athrepsie : M. 59, F. 48. T. 107. — Autres maladies des divers appareils : M. 125, F. 117, T. 242. — Après traumatisme : M. ., F. ., T. .. — Morts violentes : M. 20, F. 4. T. 24.— Causes non classées M. 11, F. 4, T. 15.

***Mort-nés et morts avant leur inscription* : 73 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 34; illégitimes, 8. Total : 42. — *Sexe féminin* : légitimes, 21 ; illégitimes, 7. Total : 31.**

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Les travaux pratiques d'*anatomie pathologique* commenceront le lundi, 12 octobre 1885. Les étudiants pourvus de douze inscriptions sont priés de se faire inscrire à l'école pratique (laboratoire d'anatomie pathologique) pour les travaux pratiques concernant l'anatomie pathologique, les mardis et vendredis, à partir du mardi 15 septembre 1885 jusqu'au mardi 17 novembre inclus, de une heure à deux heures. Une carte d'admission leur sera délivrée. Ils sont prévenus que dans le cas où ils négligeraient de se faire inscrire aux dates ci-dessus indiquées, les inscriptions ultérieures leur seraient refusées.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. ARCHAMBAULT (Paul-Marie), est nommé aide-préparateur du laboratoire de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris (Hôpital Necker), en remplacement de M. Barbezieum, démissionnaire.

CONCOURS DE L'INTERNAT. — Le jury du concours des prix de l'internat en médecine des hôpitaux et hospices civils de Paris, qui doit s'ouvrir le mardi 3 novembre 1885, se composera définitivement de MM. les Drs Théophile Anger, Audhoui, Bouilly, Doléris, Mouod, Robert Moutard-Martin et Talamon.

CONCOURS *pour la nomination à cinq places vacantes d'interne titulaire en médecine dans les asiles publics d'aliénés du département de la Seine (Sainte-Anne, Villejuif, Ville-Evrard, Vaucluse et le Dépôt des aliénés près la Préfecture de Police).* — Le lundi 30 novembre 1885, à midi précis, il sera ouvert à l'Asile Sainte-Anne, rue Cabanis, n° 1, à Paris, un concours pour la nomination à cinq places d'interne titulaire en médecine actuellement vacantes dans lesdits établissements. Les candidats qui désirent prendre part à ce concours devront se faire inscrire à la Préfecture de la Seine, Pavillon de Flore, aux Tuileries (*Bureau du personnel*), — Entrée sous la marquise dans la cour, corridor de droite, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de *onze heures à trois heures*, depuis le jeudi 29 octobre jusqu'au samedi 14 novembre 1885, inclusivement.

Conditions de l'admission au concours et formalités à remplir. — Pourront concourir à l'internat en médecine, dans les asiles de Sainte-Anne, Ville-Evrard, Vaucluse et Villejuif, et le Dépôt des aliénés près la Préfecture de Police, tous les étudiants en médecine pourvus de douze inscriptions et âgés de moins de trente ans révolus, le jour de l'ouverture du concours.

Chaque candidat, pour être inscrit au concours, doit produire les pièces ci-après : 1° un acte de naissance ; 2° un extrait du casier judiciaire ; 3° un certificat de vaccine ; 4° un certificat constatant qu'il est pourvu de douze inscriptions en médecine ; 5° un certificat de bonne vie et mœurs délivré par le maire de sa commune ou le commissaire de police de son quartier. Toute demande d'inscription faite après l'époque fixée par les affiches pour la cloture des listes, ou qui ne serait pas accompagnée de toutes les pièces ci-dessus désignées, ne sera pas accueillie. Les épreuves du concours aux places d'interne en médecine sont réglées comme il suit :

Epreuve d'admissibilité. — 1° Une épreuve écrite de 3 heures sur un sujet d'anatomie et de physiologie du système nerveux. Cette épreuve pourra être éliminatoire si le nombre des concurrents dépasse le triple des places vacantes.

Epreuve définitive. — 2° Une épreuve orale de quinze minutes sur un sujet de pathologie interne et de pathologie externe, après un quart d'heure de préparation. Le maximum des points à accorder pour chacune de ces épreuves est fixé ainsi qu'il suit : Pour l'épreuve écrite : 30 points. Pour l'épreuve orale : 20 points. Le sujet de l'épreuve écrite est le même pour tous les candidats. Il est tiré au sort entre trois questions qui sont rédigées et arrêtées avant l'ouverture de la séance par le Jury.

Pour les épreuves orales, la question sortie est la même pour ceux des candidats qui sont appelés dans la même séance. Elle est tirée au sort entre trois questions qui sont rédigées et arrêtées par le Jury avant l'ouverture de chaque séance.

L'épreuve orale peut être faite en plusieurs jours si le nombre des candidats ne permet pas de la faire subir à tous dans la même séance. Les noms des candidats qui doivent subir l'épreuve orale sont tirés au sort à l'ouverture de chaque séance. Le jugement définitif porte sur l'ensemble des deux épreuves (écrite et orale). Les premiers reçus au concours sont nommés internes titulaires (1).

La durée des fonctions des internes titulaires est de trois ans. Les internes titulaires des asiles de la Seine reçoivent, outre le

(1) Il sera nommé à la suite du concours et dans l'ordre de mérite, *cinq internes provisoires chargés de remplacer les internes titulaires en cas d'absence ou d'empêchement.* — La durée des fonctions d'interne provisoire est limitée à une année, à partir du 1er janvier 1886. — Les internes provisoires pourront se représenter aux concours pour les places d'interne titulaire. — L'interne provisoire qui passe sa thèse renonce implicitement à se représenter, mais il peut rester en fonctions jusqu'à l'expiration de l'année commencée. L'interne provisoire reçoit le traitement et les avantages en nature de l'interne titulaire chaque fois qu'il est appelé à le remplacer.

logement, le chauffage, l'éclairage et la nourriture, dans les proportions déterminées par les règlements, un traitement annuel fixe de huit cents francs à l'asile de Sainte-Anne et de mille cent francs aux asiles de Ville-Evrard, de Vaucluse et de Villejuif. Ceux du Dépôt des aliénés près la Préfecture de Police recevront un traitement de mille francs. Ils auront droit, en outre, au logement, au chauffage et à l'éclairage, dans les proportions fixées par la Préfecture de Police. Ils n'auront pas droit à la nourriture.

La répartition des internes dans les asiles d'aliénés se fait dans l'ordre de classement établi par le Jury d'examen, le 1er janvier *seulement* de chaque année. Ce mode de répartition assure à presque tous les internes des asiles d'aliénés du département de la Seine un séjour d'au moins une année sur trois dans un des services de l'asile Sainte-Anne, situé dans l'enceinte de Paris, ou de Villejuif, situé à proximité de l'enceinte. Un interne ne pourra rester plus de deux ans dans le même service. Tout interne titulaire est autorisé à passer sa thèse de doctorat aussitôt après sa nomination.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE. — Nous avions raison dans notre dernier numéro de mettre en doute la nouvelle de la démission de notre ami M. GIARD. Ce bruit, comme nous le pensions, n'était pas fondé.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — Bourses d'études. Le concours pour les bourses de doctorat aura lieu, au siège de la Faculté de médecine de Montpellier, le lundi 26 octobre 1885 à 8 heures du matin. Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de l'Académie de Montpellier. Le registre d'inscription sera clos le samedi 17 octobre, à 4 heures.

ECOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE DE MONTPELLIER. — Bourses d'études. Le concours pour les bourses de pharmaciens de 1re classe aura lieu au siège de l'Ecole, le lundi 26 octobre 1885. Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de l'Académie de Montpellier. Le registre d'inscription sera clos le samedi 17 octobre, à 4 heures.

ECOLE DE MÉDECINE D'ALGER. — M. CHALANÇON est nommé pour trois ans, préparateur de physiologie à l'Ecole de médecine et pharmacie d'Alger, en remplacement de M. Guérin, démissionnaire.

APPEL *de la Société pour la propagation de la crémation aux électeurs de Paris et des départements.* — Au nom de la Société pour la propagation de la Crémation, nous venons convier les électeurs de toutes opinions politiques ou religieuses à réclamer de leurs futurs députés, la proclamation de la liberté de la crémation. Les électeurs protesteront avec nous contre l'inhumation obligatoire; ils voudront qu'il soit, enfin, donné satisfaction à tous ceux qui ont horreur de la hideuse décomposition des cadavres au sein de la terre et qui entendent avoir le droit de faire disparaître leur dépouille mortelle par un feu purificateur! Les électeurs réclameront l'adoption de la crémation en vue de sauvegarder le pays des émanations pestilentielles qui s'échappent des nécropoles des grandes villes. Ils protesteront contre les profanations de la fosse commune. Ils protesteront, enfin, contre un régime sous lequel le pauvre, déjà chassé des cimetières trop encombrés, se voit encore refuser la crémation puisqu'il est seulement permis de faire effectuer à l'étranger, c'est-à-dire à grands frais, la crémation du cadavre d'un citoyen français mort en France. Par amour seul de la liberté et de l'égalité, pour ne pas laisser plus longtemps notre pays hors du progrès, ils demanderont l'adoption d'un procédé essentiellement pratique dont l'emploi dans divers états monarchiques n'a entraîné aucun des inconvénients que certains esprits arriérés lui ont opposés. Plusieurs Conseils généraux et municipaux, plusieurs corps savants ont milité et militeront encore avec nous: C'est aux électeurs qu'il appartient aujourd'hui d'élever la voix en faveur d'une loi qui donnerait à tous les citoyens la faculté du choix entre l'inhumation ou la crémation des corps.

HÔPITAUX DU HAVRE. — Le concours pour une place de chirurgien-adjoint des hôpitaux du Havre s'est terminé par la nomination du Dr LEPRÉVOST, ancien interne des hôpitaux de Paris.

HOMMAGE A GUÉNEAU DE MUSSY. — Sur la proposition de M. Lamarle, directeur des eaux minérales de la Bourboule, le Conseil municipal de cette station thermale, dans sa séance du 21 août dernier, a décidé que le nom de Guéneau de Mussy serait donné à l'une des principales places ou rues de la ville, comme témoignage de reconnaissance envers le très regretté Dr Noël Guéneau de Mussy. Tout le monde sait que M. Noël Guéneau de Mussy a été réellement l'un des créateurs de la réputation de La Bourboule, et que l'ère de prospérité inouïe où cette ville d'eau est entrée, date de la publication des résultats si remarquables que ce praticien a obtenu de l'emploi de cette eau minérale dans les hôpitaux de Paris.

ERRATUM. — Dans le n° 34 du *Progrès médical*, p. 116, nous avons annoncé que le concours pour l'admission à l'emploi d'inspecteur de la boucherie à Paris, avait lieu le 7 *octobre*, ce concours est remis au 21 *octobre*.

NÉCROLOGIE. — M. le professeur BOYER (de Montpellier). — Le 26 août est décédé à Buda-Pesth, le Dr NÉKAM, recteur et doyen de l'université, il était âgé de 59 ans. — On annonce la mort de M. BOUQUET, membre de l'académie des sciences. — Du Dr DEFRANCE (d'Angers). — Dr FRONDETON (De Chavannes-Yonne).

Dr GOLDSCHMIDT. — Madère, station d'hiver; 1 volume in-8, prix : 2 francs, en vente chez A. Delahaye et Emile Lecrosnier, place de l'Ecole-de-Médecine, à Paris.

Un docteur de Paris désire s'adjoindre à un confrère de Paris pour reprendre ensuite sa clientèle, surtout s'il traite des affections nerveuses.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

LIBRAIRIE DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Bibliothèque Diabolique

JEAN WIER

Histoire, Disputes et Discours des Illusions et Impostures des diables, des magiciens infâmes, sorcières et empoisonneurs, des ensorcelés et démoniaques et de la guérison d'iceux; Item de la punition que méritent les magiciens, les empoisonneurs et les sorcières. Le tout compris en six livres; par Jean WIER, médecin du duc de Clèves, suivi : de deux dialogues touchant le pouvoir des sorcières et la punition qu'elles méritent, par Thomas ERASTUS. Avant-propos par BOURNEVILLE; — Biographie de Jean Wier, par Axenfeld.

Cet ouvrage forme deux beaux volumes de plus de 600 pages, et est orné du portrait de l'auteur, gravé au burin.

Prix: Papier velin, 15 fr. les deux volumes, pour nos abonnés 12 fr.

Il a été tiré pour les amateurs un certain nombre d'exemplaires sur papier de luxe.

Papier parcheminé (no 1 à 300), prix 20 fr. les deux volumes, pour nos abonnés 16 fr.

Papier Japon, des Manufactures impériales (no 301 à 500), prix 25 fr. les deux volumes, pour nos abonnés 20 fr.

N. B. — Les prix ci-dessus sont pour les exemplaires pris dans nos bureaux; pour la France, le port est de 1 fr; pour l'étranger de 2 fr. 50.

ARCHIVES DE NEUROLOGIE. — SOMMAIRE DU N° 29 : *Physiologie*; Sur la tension des muscles comme substratum de l'attention, par SIKORSKY. — *Physiologie mentale* : De l'onomatomanie, par CHARCOT et MAGNAN. — *Pathologie nerveuse* : Deux nouveaux cas de sclérose latérale amyotrophique suivis d'autopsie, par CHARCOT et MARIE. — *Clinique mentale* : Les familles d'idiots, par BOURNEVILLE et SÉGLAS. — *Recueil de faits* : Une observation de maladie de Thomsen, par PITRES et DALLIDET. — Note sur un cas de grande hystérie chez l'homme, avec dédoublement de la personnalité, arrêt de l'attaque par la pression des tendons, par J. VOISIN. — *Revue de pathologie nerveuse* : Occlusion intestinale, gastrotomie, troubles provoqués par l'excitation du sympathique, par BLONDEAU. — Méningite tuberculeuse, par DESCNOIZILLES. — Paraplégie ataxique, par CATSARAS. — Un cas de syphilis centrale secondaire, par LANDOUZY. — Eveil d'un état de mal hystéro-épileptique à la suite d'une opération chirurgicale avec anesthésie, par VALUDE. — Syphilis cérébrale secondaire, par LE DENTU. — Myélopathie aiguë à marche ascendante rappelant la paralysie ascendante aiguë, par BANTH. — Hémiplégie gauche avec aphasie chez un malade qui n'était pas gaucher, par CATSARAS — Hémiplégie gauche dans le cours d'une pneumonie, par LUC. — Symptômes névropathiques de la lèpre, par ROSENBACH. — Cas d'hypertomie pseudo-hypertrophique des muscles, par EULENBURG. — Sur les troubles oculaires dans la sclérose multiloculaire, par GNAUK. — Atteinte des muscles de la face dans la forme juvénile de l'atrophie musculaire, par REMAK. — Sclérose multiloculaire avec atrophie névrotique bilatérale du nerf optique, par EULENBURG. — Atrophie musculaire héréditaire et pseudo-hypertrophie des muscles, par SCHULTZ. — Un cas de tabes dorsal compliqué d'atrophie musculaire progressive, par EULENBURG. — Monoplégie brachiale avec anesthésie, par NIXON. — *Revue de pathologie mentale* : Sur quelques phénomènes d'états épileptiques et comateux, par WITKOWSKI. — Abstinence absolue d'un fou systématique, par SIEMENS. — Sur les cellules nerveuses ganglionnaires de l'écorce du cerveau dans la paralysie progressive des aliénés, par MENDEL. — Sur l'état des aliénés en Russie, par KOWOLEWSKI. — L'importance dans la paralysie progressive des aliénés, des altérations anatomo-pathologiques dans leurs rapports avec la production des attaques apoplectiformes et épileptiformes, par BECHTEREW. — La population psycho-

13e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. II. N° 39 BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 26 SEPTEMBRE 1885.

Le Progrès Médical

CLINIQUE DES MALADIES NERVEUSES

—

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — **M. CHARCOT.**

—

Sur deux cas de monoplégie brachiale hystérique, de cause traumatique, chez l'homme (3e leçon (1) ; — Des paralysies psychiques ;

Recueillie par M. MARIE, chef de clinique, et G. GUINON, interne du service.

Messieurs,

Je crois vous avoir démontré que chez les deux hommes atteints de monoplégie brachiale, qui ont fait l'objet des précédentes leçons, la paralysie survenue à la suite d'un traumatisme, est de nature hystérique. Or ici le diagnostic entraîne tout naturellement avec lui le pronostic et il est clair que celui-ci sera infiniment moins grave dans le cas d'une affection de ce genre que dans le cas où il s'agirait d'une lésion organique destructive. Sans doute, chez nos deux malades, la paralysie déjà de date ancienne, pourra persister, tout hystérique qu'elle soit, peut-être encore pendant des mois, des années même peut-être, surtout si nous n'intervenons pas à l'aide d'une action thérapeutique appropriée: toutefois la guérison, on peut l'affirmer, aura lieu tôt ou tard et tous nos efforts doivent tendre à la hâter.

Mais comment, suivant quels principes faudra-t-il intervenir ? C'est là ce qu'il s'agit de déterminer actuellement. Nous pourrions nous adresser aux moyens empiriques que nous possédons relativement au traitement de l'hystérie : agents propres à relever l'état des forces, déchues à peu près toujours en pareille occurence ; application répétée des moyens esthésiogènes et, en particulier, électrisation statique ; pratiques hydrothérapeutiques prolongées, etc. Mais ces agents, dont il ne faut certainement pas négliger l'emploi, s'adressent surtout à l'état général et les résultats de leur mise en œuvre, en ce qui concerne la paralysie, si j'en juge d'après mon expérience, pourraient se faire attendre bien longtemps encore. Certainement notre action se montrerait plus efficace si, au lieu de reposer uniquement sur des notions empiriques, elle pouvait être fondée sur des bases physiologiques ; si, par exemple, il nous était donné de reconnaître, du moins en partie, le mécanisme de la production de ces paralysies hystériques traumatiques.

Ce problème, hérissé de difficultés de tout genre, nous allons, Messieurs, tenter de l'aborder cependant. je ne vous promets pas, bien entendu, de le résoudre sur tous les points, mais dans la voie que nous allons suivre, nous efforçant d'approcher autant que possible du but à atteindre, nous rencontrerons peut-être des aperçus dont les conséquences pratiques ne seront pas à dédaigner.

Pour parvenir au point où je veux vous conduire, je prendrai un chemin en apparence détourné. Je reviendrai une fois de plus sur un sujet qui nous a occupés déjà (1), je veux parler de ces paralysies singulières qui ont été désignées sous les noms de *paralysies psychiques*, *paralysies dépendant d'une idée* (*P. dependant on idea*), *paralysies par imagination* (*P. durch Einbildung*) je ne dis pas, remarquez-le bien, *paralysies imaginaires* ; car, en somme, ces impuissances motrices développées par le fait d'un trouble psychique sont, objectivement, tout aussi réelles que celles qui dépendent d'une lésion organique ; elles s'en rapprochent même, vous allez le constater bientôt, par un grand nombre de caractères cliniques communs qui rendent souvent le diagnostic très difficile.

Depuis fort longtemps connues, ces paralysies ont été pour la première fois étudiées d'une façon méthodique et systématique, en 1869, par M. le professeur Russell Reynolds, dans un excellent travail où sont traités leur étiologie, leurs caractères cliniques, ainsi que les moyens de traitement qu'il faut leur appliquer (2). Leur histoire cependant offre encore bien des points obscurs. On sait fort bien sans doute que, dans certaines circonstances, une paralysie pourra être produite par une *idée* et aussi qu'une *idée* contraire pourra la faire disparaître ; mais entre ces deux faits terminaux, combien de chaînons intermédiaires restent dans l'ombre. Evidemment c'est là un sujet qui gagnerait beaucoup en précision comme en clarté, s'il pouvait être soumis à une étude expérimentale.

Eh bien, Messieurs, grâce aux notions récemment introduites dans la science sur la névrose hypnotique, il nous est devenu possible, dans une certaine mesure, de faire intervenir l'expérimentation dans l'étude des cas de ce genre. Nous savons que, chez les sujets plongés dans l'état d'hypnotisme, il est possible — et c'est là un fait aujourd'hui devenu vulgaire — de faire naître par voie de suggestion, d'intimation, une idée, un groupe cohérent d'idées associées, qui s'installent dans l'esprit à la manière d'un parasite, restant isolés de tout le reste, et pouvant se traduire à l'extérieur par des phénomènes moteurs correspondants. S'il en est ainsi, on conçoit que l'idée inculquée étant dans une expérience de ce genre, celle de paralysie, une paralysie réelle pourra en effet s'ensuivre ; et nous verrons qu'en pareil cas, elle se montrera souvent tout aussi accentuée cliniquement que si elle provenait d'une lésion destructive de la substance cérébrale. Ce sont là des assertions que je vais dans un instant essayer de justifier en vous rendant témoins de la production de ces paralysies dites par suggestion, lesquelles pourront être à bon droit considérées comme représentant le type des paralysies psychiques.

Au préalable, je crois devoir vous rappeler un certain nombre de faits que vous connaissez déjà très certaine-

(1) Voir le *Progrès médical* du 22 août et 12 septembre 1885.

(1) J. M. Charcot. — *Lezioni cliniche dell' anno scolastico* 1884-84. *sulle malattie del sistema nervoso*, redatte dal Dor D. Miliotti. — *Sulle paralisi psichiche*. p. 103, 110. Milano 1885.

(2) R. Reynolds — *Remarks on paralysis and other disorders of motion and sensation dependant on Idea, read to the medical section at the annual meeting of the British medical association. Leeds. July.* 1869. — In British medical Journal. Nov. 1869.

ment par nos études antérieures (1). Vous devez les avoir présents à l'esprit pour bien comprendre ce qui doit suivre. Donc je vous remettrai en mémoire tout d'abord que dans la phase *léthargique* de ce que l'on appelle le *grand hypnotisme*, l'inertie mentale est tellement absolue, en général, qu'il est impossible d'entrer en relation avec le sujet hypnotisé et de lui communiquer par quelque procédé que ce soit, une idée quelconque. Il n'en est plus de même dans les deux autres phases de l'hypnotisme. Ainsi dans la *catalepsie* — je parle ici seulement de la catalepsie vraie, telle que je l'ai décrite — certains phénomènes de suggestion s'obtiennent aisément, et, en raison de leur simplicité et de leur peu de tendance à se généraliser, ils sont d'une analyse relativement facile. Evidemment c'est par là, en bonne méthode, que l'étude des suggestions hypnotiques doit être commencée. Ici encore comme dans la phase précédente, il y a inertie mentale, mais celle-ci est moins profonde, moins absolue; il est devenu possible en effet de provoquer comme un réveil partiel dans l'organe des fonctions psychiques. Ainsi on pourra y faire renaître une idée, un groupe d'idées liées entre elles par association préalable. Mais ce groupe mis en activité restera étroitement limité; il n'y aura pas de propagation, pas de diffusion du mouvement communiqué; tout le reste demeurera endormi. En conséquence, l'idée ou le groupe d'idées suggérées, se trouveront dans leur isolement, à l'abri du contrôle de cette grande collection d'idées personnelles depuis longtemps accumulées et organisées qui constituent la conscience proprement dite, le *moi*. C'est pourquoi les mouvements qui traduiront à l'extérieur ces actes de cérébration inconsciente se distingueront par leur caractère automatique, purement mécanique en quelque sorte. Alors c'est vraiment, dans toute sa simplicité, l'*homme machine* rêvé par De la Mettrie, que nous avons sous les yeux (2).

Dans cet état de catalepsie, chez la plupart des individus, le seul mode par lequel nous puissions entrer en relation avec l'hypnotisée, est la mise en jeu du *sens musculaire*. Seuls le geste, l'attitude que nous imprimons au sujet lui suggèrent l'idée que nous voulons lui transmettre. Lui ferme-t-on, par exemple, les poings dans un geste aggressif, on voit la tête se porter en arrière, le front, les sourcils et la racine du nez, se plisser avec une expression menaçante. Approchez au contraire de sa bouche ses doigts étendus, alors les lèvres s'écartent, elle sourit, toute la face prend une expression de douceur bien opposée à celle qu'elle avait tout à l'heure. Après avoir étudié l'influence du geste sur la physionomie, on peut, en regard, étudier l'influence de la physionomie sur le geste, ainsi que nous l'avons fait voir, M. Richer et moi (3). Or, c'est encore au sens musculaire qu'il faut rapporter les phénomènes qui se produisent quand on actionne par l'électricité les divers muscles faciaux de l'expression, suivant les précieuses indications de Duchenne, de Boulogne. Si chez notre sujet nous déterminons, par exemple, la contraction de l'orbiculaire supérieur des paupières (muscle de la colère, D. de B.), vous voyez le visage se charger de colère; en même temps le bras droit se place dans une attitude d'agression, le gauche dans une position de défense. Si, au contraire, c'est le muscle grand zygomatique (muscle du rire, D. de B.) qui est excité, l'expression de la physionomie et l'attitude générale correspondante qui se dessinent, sont celles du rire. Ces phénomènes, d'ailleurs, que je me borne à vous indiquer sommairement, je vous ai, je le répète, depuis longtemps déjà appris à les connaître (1); mais ce sur quoi j'appelle en ce moment tout spécialement votre attention, c'est la façon dont chaque impression ainsi éveillée par l'intermédiaire du sens musculaire, reste en pareil cas limitée à elle-même, sans diffusion, fixée pour ainsi dire pendant un temps qui n'a de borne que la durée même de l'action musculaire qui maintient les membres dans l'attitude expressive artificiellement produite.

Nous arrivons maintenant à la troisième phase, dite *somnambulique*, qui seule nous occupera dans nos études d'aujourd'hui. Il s'agit seulement ici d'un état d'obnubilation, d'engourdissement mental plus ou moins accentué. Cette fois encore, sans doute, le réveil déterminé par la suggestion reste partiel; mais le nombre des éléments mis en jeu est moins limité que dans le cas précédent, et souvent il se produit une diffusion des phénomènes psychiques provoqués, assez étendue pour qu'il se manifeste une certaine tendance à la reconstitution du moi. Aussi voit-on alors, assez fréquemment, l'injonction, la suggestion devenir l'occasion d'une certaine résistance de la part du sujet. Il cède dans tous les cas et se soumet pour peu qu'on insiste. Toutefois ce n'est pas toujours sans discussion préalable. Ajoutons que les mouvements en rapport avec les idées suggérées sont, en conséquence, souvent très complexes; ils n'ont plus ce caractère de précision mécanique qu'ils présentaient dans la forme précédente et ils prennent au contraire, jusqu'à faire illusion, les allures d'actes volontaires, plus ou moins prémédités.

D'ailleurs, dans cette période somnambulique, tous les sens sont ouverts et l'on peut dire même que, si la conscience est déprimée, la sensibilité aux impressions communiquées se trouve au contraire exaltée. Il devient facile, par conséquent, d'entrer en relation, par des procédés très divers, avec la personne hypnotisée. Lui présente-t-on avec insistance un objet, la simple vue de celui-ci réveillera en elle un certain nombre d'idées en rapport avec la nature de l'objet, et ces idées s'objectiveront en quelque sorte fatalement, sous la forme d'actes correspondants; ou bien encore si par des gestes significatifs on figure dans l'espace soit un objet, soit un animal, cet animal, cet objet imaginaires, prendront aux yeux de l'hypnotisée une existence réelle au point de mettre en jeu la série correspondante d'idées et de mouvements : enfin, et d'une façon plus parfaite encore, la suggestion pourra s'effectuer à l'aide de la parole, soit seule, soit, mieux encore, associée aux gestes.

En voilà assez, Messieurs, pour vous rappeler d'une façon très générale quels sont dans la période somnambulique les grands caractères des phénomènes de la suggestion hypnotique, et comment dans ce domaine notre puissance ne rencontrera guère de limites; car,

(1) J.-M. Charcot. — *Essai d'une distinction nosographique des divers états nerveux compris sous le nom d'hypnotisme.* Note comm. à l'Académie des sciences. 1883. — Id. *Lezioni cliniche redatte dal Dr Dom. Miliotti. Sulle paralisi psichiche*, p. 103, 110, Milano, 1885.

(2) De la Mettrie. — *L'homme machine.* Œuvres philosophiques, T. I. Amsterdam 1765. Voir aussi T. II, *L'homme plante. L'homme plus que machine.*

(3) J.-M. Charcot and P. Richer. — *Note on certain facts of cerebral automatism, etc. Suggestion by the muscular sense.— Journal of Nervous and mental Disease.* Vol. X. nº 1. January, 1883.— Voir aussi Bertrand : *Deux lois psycho-physiologiques.* In *Revue philosophique*, pages 244, 245, nº 3, Mars 1884.

(1) J.-M. Charcot. — *Lezioni cliniche*. loc. cit. p. 103.

en réalité nous pouvons faire varier notre action, presque à l'infini. Aussi ne vous étonnerez-vous point de voir qu'en inculquant à un sujet somnambulisé l'idée d'un état morbide, par exemple de l'impuissance motrice d'un de ses membres, cette paralysie se réalise en effet, objectivement, s'offrant ainsi à nos investigations cliniques.

J'ajouterai, et c'est là un point qui nous intéresse au premier chef, que cette paralysie que nous aurons *faite* par voie de suggestion, nous pourrons à notre gré, en modifier le degré, les caractères mêmes jusqu'à un certain point, la *défaire* enfin, également par suggestion. On prévoit aisément, d'après cela, que l'étude de ces paralysies artificiellement provoquées puisse être appelée à éclairer d'un jour nouveau l'histoire du groupe tout entier des paralysies psychiques.

Après ces préliminaires procédons à la démonstration des faits. Cette jeune fille hystérique, la nommée Greuz...., que j'ai fait placer devant vous, présente du côté gauche une hémianesthésie complète, très régulière; au contraire il n'existe du côté droit aucun trouble appréciable de la sensibilité. Nous pourrons donc de ce côté observer aisément les perturbations subies par la sensibilité, dans ses différents modes, pendant l'évolution des troubles de la motilité que nous allons provoquer. Je vous ferai remarquer en passant que cette jeune malade n'ayant été soumise encore que quatre ou cinq fois aux pratiques de l'hypnotisme, il ne saurait être question chez elle de cette espèce d'entraînement qui se produit d'ordinaire chez les sujets fréquemment hypnotisés. D'ailleurs je puis affirmer que les phénomènes que vous allez reconnaître aujourd'hui se sont montrés exactement les mêmes, lors de la première expérience.

Greuz est plongée dans l'état somnambulique, à l'aide d'une légère pression exercée sur les globes oculaires et dont l'action est maintenue pendant quelques secondes. La rigidité particulière des membres que vous voyez se produire à la suite de légers attouchements promenés à leur surface, ou même de mouvements effectués à distance (contracture somnambulique), est un caractère somatique qui, vous le savez, nous permet de reconnaître que le sommeil est actuellement bien établi. Pour déterminer maintenant la production des phénomènes que nous avons en vue d'étudier, je procède par affirmation à haute voix : « Votre bras droit est paralysé », dis-je en m'adressant à la malade d'un ton convaincu. « Vous ne pouvez plus le mouvoir dans aucune partie ; il pend inerte le long du corps, etc., etc. Nous assistons tout d'abord à une sorte de révolte (1). « Mais non », répond-elle, « vous vous trompez, mon bras n'est pas paralysé le moins du monde ; voyez je le meus très bien » et, en effet, elle le meut, très faiblement toutefois. Alors j'insiste, et toujours avec un accent d'autorité, je répète un certain nombre de fois mon affirmation première. Vous voyez qu'après quelques minutes de discussion, la paralysie s'établit en effet définitivement. En réalité nous venons de produire une monoplégie brachiale dont il nous faut à présent déterminer minutieusement les caractères cliniques ; car peut-être cette monoplégie est-elle assimilable à celle que nous avons observée dans nos dernières leçons, chez nos deux hommes hystériques, Por et Pin. C'est ce que nous nous proposons d'examiner actuellement.

(1) D'autres sujets se soumettent à la suggestion sans protester : il y a à cet égard de nombreuses variantes individuelles.

L'impuissance motrice que nous venons de provoquer chez Greuz.... par suggestion hypnotique est, comme vous pouvez le constater, complète, absolue. Le membre supérieur droit tout entier est pendant le long du corps, ne présentant aucune trace de rigidité au niveau des jointures. Il retombe lourdement lorsqu'on l'abandonne à lui-même après l'avoir un instant soulevé. La malade ne peut en aucune manière mouvoir son bras, elle ne peut ni fléchir ni étendre l'avant-bras et il en est de même pour le poignet et pour les doigts ; ainsi, dans ce membre, tout mouvement actif est aboli, comme aussi toute résistance aux mouvements passifs. Aucun muscle, je le répète, ne manifeste la moindre contraction, quels que soient les efforts qu'y emploie le sujet à notre sollicitation.

D'un autre côté, la sensibilité, normale tout à l'heure, a maintenant complètement disparu dans toute l'étendue du membre ; vous pouvez même reconnaître que l'anesthésie a envahi le moignon de l'épaule et gagné une partie de la poitrine du côté droit. Elle n'intéresse pas d'ailleurs seulement la peau, elle occupe encore, au plus haut degré les parties profondes, à savoir les muscles, les troncs nerveux, les ligaments, etc. Ainsi l'on peut, vous le voyez, imprimer aux diverses jointures les mouvements de torsion ou d'élongation les plus violents, faradiser les troncs nerveux et les muscles au point de produire dans ceux-ci les contractions les plus énergiques sans déterminer la moindre trace d'expression douloureuse ou même d'une sensation quelconque. Les réflexes tendineux du poignet et du coude se montrent, en outre, très notablement affaiblis.

Enfin, pour ce qui est du sens musculaire, dont j'ai eu soin de vous faire reconnaître l'existence, avant de commencer l'expérience, vous voyez qu'il fait actuellement complètement défaut : La malade, en effet, lorsqu'un écran est placé devant ses yeux est dans l'impossibilité absolue de trouver avec sa main gauche un point quelconque qui lui est désigné sur le membre droit et elle n'a aucune notion des mouvements que nous imprimons aux diverses articulations de ce membre.

En résumé, nous sommes en présence d'une paralysie monoplégique complète, marquée par la flaccidité absolue des parties, une anesthésie cutanée et profonde occupant toute l'étendue du membre et se répandant même au delà, l'amoindrissement des réflexes tendineux et, enfin, la perte totale du sens musculaire. Or, Messieurs, ces caractères cliniques, vous le reconnaissez immédiatement, sont exactement ceux que nous avons relevés chez notre malade Pin, au moment de son entrée dans nos salles et que nous pouvons constater, encore aujourd'hui, chez le nommé Porc..., avec cette seule différence évidemment d'ordre secondaire, que, chez ce dernier, le mouvement et la sensibilité sont conservés dans les doigts.

Bourse. — L'*Association des médecins de la Seine* informe le public médical que la bourse fondée par le Dr Moulin, pour l'entretien au Lycée Saint-Louis du fils d'un médecin français sans fortune, se trouve actuellement vacante. — Les conditions à remplir par les candidats sont les suivantes : 1° Etre fils d'un médecin français ; 2° Etre en age et en état de faire des études classiques ; 3° Etre dépourvu de moyens d'existence. Adresser les demandes, avec pièces justificatives, à M. le Dr Louis Orfila, secrétaire général de l'Association des médecins de la Seine, 2, rue Casimir Delavigne, avant le 1er Novembre 1885.

Assistance publique. — Le conseil municipal a autorisé (5 août) l'administration de l'Assistance publique à acquérir à l'amiable, moyennant le prix de 365.000 fr. un terrain situé place du Danube, entre le boulevard Serrurier et les rues du général Brunet et David (D'Angers.).

PATHOLOGIE EXTERNE

Symptômes et diagnostic des tumeurs de la vessie (1);

Par le Dr MARCANO.

Le cathétérisme qui, pendant longtemps, a été considéré comme le meilleur procédé d'exploration et sans lequel on ne se croyait pas autorisé à faire un diagnostic, a beaucoup perdu de son importance. Nous savons déjà qu'il expose à des dangers impossibles à prévoir et à conjurer. En outre, il donne dans beaucoup de cas des renseignements absolument négatifs même en présence d'un néoplasme. Aussi M. Guyon, pendant quelque temps l'avait proscrit de sa pratique; aujourd'hui, il ne s'en sert que comme d'un moyen complémentaire qui peut corroborer le jugement des indications opératoires. Nous ne pensons pas que M. Guyon puisse être sérieusement critiqué à ce sujet. Tout au moins faut-il reconnaître que la sonde ne peut nous renseigner que sur le volume de la tumeur et quelquefois sur son siège. Ces restrictions faites, l'introduction du cathéter peut être tentée dans les cas douteux, car il est de nécessité absolue d'arriver de toutes façons à se faire une idée bien exacte de l'état de la vessie. Il faut agir en dehors des périodes hématuriques et se servir d'une sonde à bec court. Lorsque les contractions de la vessie sont tellement fortes qu'elles s'opposent à l'opération, on doit provoquer l'anesthésie. Une difficulté plus grande se rencontre lorsque la tumeur est d'un volume considérable; on peut alors être obligé de renoncer à toute tentative, la masse néoplasique empêchant l'instrument de pénétrer dans la vessie. En dehors de ces cas, l'introduction est facile.

Une fois la sonde dans la vessie, il faut placer l'index de la main gauche sur elle, près du méat, pendant que la main droite lui imprime des mouvements doux latéralement et d'avant en arrière. On rend ainsi plus perceptibles les irrégularités que le cathéter rencontre dans les parois et dans la cavité vésicale. La déviation de l'instrument permet de déterminer les dimensions et le volume approximatifs de la néoformation. Si, par exemple, elle se trouve arrêtée par une saillie du côté de sa concavité, et qu'avec le bec on puisse la faire toucher l'extrémité opposée, on en déduira des notions suffisantes sur l'étendue du néoplasme. Si la tumeur est recouverte de dépôts urinaires, on sent un choc métallique. Les colonnes hypertrophiques de la vessie peuvent faire croire à l'existence d'une tumeur, mais en promenant le bec de la sonde sur elles, on sent une série de ressauts caractéristiques, que le néoplasme ne produit jamais. De plus, elles ne sont pas limitées à une région déterminée comme le sont les tumeurs; elles siègent partout. Le cathéter permet de constater, en outre, des inégalités et des rugosités, de même qu'il peut donner une idée des contours et de la consistance de la tumeur, en s'enfonçant dans une masse non résistante.

Les papillômes méritent une mention spéciale, parce que, grâce à leur mollesse, ils sont plus difficiles à constater au moyen du cathéter. Ils communiquent cependant à la main, dans certains cas, une impression particulière, une sorte de frôlement doux, qui a été comparé à celui que produirait le contact d'une barbe soyeuse. Cet examen est si délicat et le symptôme n'étant pas constant, il ne faut y compter qu'à moitié. M. Guyon trouve le phénomène plus facile à constater avec les sondes molles. Ces instruments flexibles, en contact avec des organes mous, transmettent des sensations plus perceptibles que le métal. Aussi, leur accorde-t-il aujourd'hui, en général, la préférence dans l'exploration de ces formes de tumeur (communication orale).

La liste des symptômes que peut trahir l'exploration de l'appareil urinaire, ne peut être épuisée dans une description d'ensemble, car il est des cas particuliers dans lesquels la sagacité du chirurgien s'exerce sur une circonstance isolée, qui devient la véritable clef du diagnostic. Dans un cas douteux, entre autres, M. Bazy, après avoir sondé son malade, s'aperçut que quoique la vessie semblait pleine, il n'en sortait qu'une faible quantité d'urine « alors que l'existence d'une saillie assez notable au dessus du pubis m'avait permis de supposer que la vessie en contenait une grande quantité. » Dès lors, il lui fut facile de conclure que la vessie était remplie par un néoplasme, puisqu'elle ne contenait pas d'urine. Nous avons été témoin d'un fait du même genre sur un malade que nous avons soigné avec M. Guyon et dont nous avons communiqué l'observation à la Société clinique (séance du 11 juin et *France médicale*, 2 juillet 1885). Nous devons en faire ici un très court résumé, car c'est le meilleur exemple que nous puissions donner des difficultés que le chirurgien est obligé quelquefois de surmonter :

Homme de 65 ans. Le 9 avril 1884, il éprouva une forte douleur pendant la miction; les urines sont en même temps sanguinolentes; cet état dure un mois. Le 2 juillet, nouvelle hématurie avec cystalgie fort intense, se prolongeant pendant 20 jours.

15 *août*, nouvelle attaque analogue aux précédentes, jusqu'au 27 du même mois. Après cessation des accidents, les urines, au lieu de redevenir claires comme auparavant, restent purulentes à partir de ce moment. Il en est de même des attaques qui ont lieu depuis.

24 *octobre*. Nouvelle hématurie, disparue au bout de douze heures. Nous pratiquons 14 instillations successives de nitrate d'argent; elles soulagent la douleur, mais n'exercent aucune influence sur la purulence des urines. A la fin de décembre, forte hémorrhagie. A partir de ce moment, le sang ne s'arrête plus et les douleurs deviennent intolérables. Le malade s'épuise rapidement; cependant l'examen le plus minutieux ne permet de rien constater dans la vessie qui semble ne contenir aucun produit néoplasique. La vessie fait une petite saillie derrière le pubis. En introduisant le cathéter, il n'en sort presque pas de liquide.

Le 10 *février* 1885, M. Guyon pratique l'opération suivante : incision de la taille médiane, longue de 0,03 centimètres; dilatation du trajet. Le doigt profondément introduit trouve une production papillomateuse implantée dans le bas fond de la vessie. Tout est enlevé avec les doigts et avec des pinces à double curette. Hémorrhagie immédiate assez abondante; pansements antiseptiques. On laisse une sonde dans le trajet. Le lendemain, un peu d'infiltration d'urine dans la loge antérieure du périnée. Le malade meurt d'épuisement, 48 heures après l'opération.

Dans le cas précédent, l'hématurie n'avait pas les caractères qu'elle affecte dans les néoplasmes. La purulence des urines était en rapport avec l'idée d'une cystite du col, de même que l'amélioration obtenue par les instillations. L'examen physique était négatif. Seul le symptôme dont nous avons parlé plus haut pouvait faire soupçonner le néoplasme; aussi le diagnostic ne pût-il être posé d'une manière certaine que pendant l'opération. Empressons-nous de dire que celle-ci ne

(1) Voir le n° 38.

fut point faite dans le but d'explorer l'organe, mais pour s'opposer aux hématuries et à la douleur qui menaçaient le malade d'une mort rapide et certaine.

Le cancer de la vessie reste presque toujours localisé à cet organe, ce qui est un argument important en faveur de l'intervention opératoire. L'engorgement ganglionnaire de la fosse iliaque n'a été observé que très peu de fois. Il en est de même de la cachexie et de la généralisation cancéreuses.

Il résulte de cet exposé symptomatique que le chirurgien est en possession d'éléments suffisants, pour pouvoir, dans l'immense majorité des cas, arriver à un diagnostic certain. L'hématurie seule suffit à révéler l'existence de la tumeur; le siège et les autres caractères ne peuvent être déterminés que par l'examen local. Avec ces données le diagnostic atteint une exactitude qui touche à la perfection, chez la femme particulièrement. Nous pouvons en donner pour preuve le fait suivant, qui nous a été obligeamment communiqué par le Dr Adhémar Robert :

Femme de 60 ans ; n'a jamais éprouvé de troubles de la région urinaire ; cependant, habituellement la toux, le rire, les efforts de toutes sortes provoquaient l'émission involontaire des urines. En juin 1884, elle remarqua pour la première fois qu'elle perdait quelques gouttes de sang après la miction, sans qu'il y eût jamais mélange des deux liquides. Pas de pus ni d'albumine ni de sucre : aucune douleur.

L'hématurie a cessé au bout de quelques jours pour réapparaître sous forme de crises irrégulières séparées par des intervalles de calme. Elles sont devenues, à mesure que la maladie a fait des progrès, de plus en plus longues, et par conséquent les périodes intercalaires de plus en plus courtes. A la fin d'août, perte presque constante de sang : instillations avec du nitrate d'argent, qui ne sont pas tolérées.

Du 15 *septembre* au 25 *novembre*, même état. Le 25, elle rend des caillots excessivement douloureux, qui provoquent de la rétention d'urine, En outre, il y a une incontinence continuelle qui ne s'interrompt que lorsque les caillots sont assez abondants pour obstruer l'urèthre. L'examen vaginal et la palpation abdominale ne laissent rien découvrir. Avec le cathéter on ne sent rien.

27 *juin*. M. Guyon pratique l'opération après chloroformisation de la malade. L'urèthre dilaté au moyen de son dilatateur, il introduit le doigt dans la vessie et constate sur son bas fond une tumeur saillante qui s'étend sur tout le côté droit et un peu sur la face postérieure. Après s'être rendu compte de tous ces caractères, l'opérateur en fait le curage et l'enlève tout entière par petits fragments. Il pratique ensuite le lavage de l'organe. L'hémorrhagie a été presque nulle.

Après l'opération, les urines sont redevenues claires et la malade éprouve une amélioration considérable. Elle est morte le 25 mai 1885 de généralisation cancéreuse. Depuis l'extirpation de sa tumeur, jusqu'à son décès, elle n'a eu que deux hématuries très légères, et le symptôme le plus inquiétant, la rétention douloureuse des caillots, était complètement disparu.

La véritable difficulté et nous ne cherchons pas à nier sa gravité, existe lorsque autour du néoplasme s'est développée une inflammation de la vessie. En effet, l'hématurie produite par la cystite, masque alors les symptômes de la tumeur. Ces cas sont heureusement fort rares, puisqu'on n'observe guère la cystite que dans certaines tumeurs qui s'implantent sur le col (Hache).

Quant à l'hématurie rénale, elle est facile à distinguer en faisant uriner le malade dans deux ou trois verres. Si les urines du premier verre sont plus foncées en couleur que celles du dernier, le sang vient de la vessie. Dans le cas contraire, il vient du rein; de plus, la néphrorrhagie a une durée très courte, relativement à celle de la cystorrhagie. Nous ne parlons pas du diagnostic avec la pyélo-néphrite, le cancer du rein, les calculs de la vessie et les affections de la prostate, les symptômes de ces maladies n'ayant que peu de points de contact avec ceux des néoplasmes.

Le diagnostic différentiel des tumeurs entre elles n'est possible que pour les papillomes villeux, lorsqu'on a constaté leur frôlement caractéristique. En dehors des fragments détachés de la vessie, il n'existe aucun indice qui puisse indiquer au clinicien la nature des autres tumeurs. Dr MARCANO.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

L'assainissement de Toulon.

L'an dernier, l'épidémie cholérique de Toulon, qui a été le point de départ de l'épidémie qui a frappé un certain nombre de villes en France, a donné lieu à des critiques justifiées, dans la presse politique et dans la presse médicale, contre l'état d'insalubrité de la ville de Toulon. Et il a été démontré que la responsabilité en incombait d'abord aux habitants, trop ignorants des lois les plus élémentaires de l'hygiène, à la municipalité, enfin et surtout au gouvernement.

On a fait grand bruit des visites officielles : il n'est pas besoin d'être bien expérimenté pour savoir à quoi s'en tenir sur leur valeur pratique. Des ministres ont ordonné l'étude de projets d'assainissement, s'engageant à abréger le plus possible toutes les formalités afin d'en hâter l'exécution. Une commission mixte a été nommée. Elle a indiqué les réformes qu'il importait de réaliser dans le plus bref délai possible : 1° *Transformation de la distribution d'eau*, dont la quantité doit être portée de 10.300 mc. à 17.500 mc. avec une pression suffisante pour arriver facilement à tous les étages ; 2° *Suppression des « puits perdus » ; assainissement de la maison* (évacuation immédiate des matières usées, etc.); 3° *Amélioration de la canalisation des rues* de façon à ce qu'il n'y ait pas stagnation des eaux salies ; suppression du ruisseau de l'Abattoir et de l'égout du Mourillon ; 4° *Assainissement des eaux* au débouché de la canalisation. Voici comment s'expriment, sur ce point si important, les deux rapporteurs de la Commission, M. le professeur P. Brouardel et M. l'ingénieur Bruniquel :

« La disposition topographique du sol impose l'obligation d'amener toutes les eaux vannes près de la porte Neuve, au quartier de la Rode, à la cote de 3 mètres environ. De là elles seront reprises par des pompes et refoulées à l'aide d'une conduite spéciale sur le bord de la mer, au sud des Sablettes.

« Le point choisi comme débouché satisfait à toutes les conditions désirables : il est éloigné de toute agglomération, les eaux que l'on jetterait à la mer ne peuvent pas être entraînées par les courants vers des points habités ; enfin, si l'on se décide à épurer les eaux par l'irrigation, les eaux d'infiltration devront forcément se perdre à la mer. Dans ces conditions, le seul danger qui pourra subsister, réside dans l'imprégnation des légumes (!!) qui croîtraient sur le sol irrigué, et ce danger peut être conjuré par la cuisson. Aussi la Commission estime-t-elle, D'UN AVIS UNANIME, *que l'épuration des eaux vannes par l'irrigation peut être admise sans inconvénient.* »

Les honorables rapporteurs énumèrent ensuite les *mesures* qui, suivant eux, doivent compléter l'assainissement de Toulon et notamment la disparition des immeubles qu'il est impossible d'assainir ; l'ouverture

de deux rues à travers la vieille ville ; la suppression de la caserne des Capucins, l'éloignement ou la désaffectation de l'hôpital maritime, etc., etc.

Eh bien, il paraît que, malgré l'urgence, malgré les désastres occasionnés par l'épidémie de 1884, la situation de Toulon n'a pas été sensiblement améliorée et que les projets d'assainissement n'ont pas encore reçu un commencement d'exécution. C'est du moins ce qui semble ressortir des passages suivants d'une lettre très intéressante de MM. Daumas et Maurel, députés de Toulon :

« Voyez une carte là bien en face de la principale entrée, sur une étendue d'un kilomètre, poussés par les vents régnants du Sud-Est, s'agglomèrent sans cesse, comme dans une cuve en fermentation, tous les résidus, toutes les déjections du grand hôpital, des navires de la division, sur des bas-fonds que ne peuvent franchir les plus petites barques, que ne lave aucune marée, et puis, au premier souffle de l'Ouest, ces puanteurs s'épandent sur la ville.

« Il y a encore mieux comme champ d'acclimatation cholérique et plus près de nos portes. Entre les remparts et le Mourillon, il existe un canal stagnant, aux eaux verdâtres, de quelques cents mètres d'étendue, ces fosses immondes appartiennent au génie. En vérité la municipalité aura beaucoup à faire pour l'intérieur, mais voilà le pourtour de Toulon qui suffit largement à expliquer son insalubrité, et sur ce pourtour les Toulonnais sont impuissants à changer quoi que ce soit.

« Nos concitoyens, Monsieur le Ministre, décimés et ruinés depuis deux ans par le choléra, réclament de vous, qui avez l'initiative des mesures d'hygiène publique, de ne pas subir la contagion incessante des effets provenant des pays contaminés; on les brûle ailleurs, pourquoi les reçoit-on chez nous?

« Dans un but qui satisfait autant leur patriotisme que leur propre sécurité, nos concitoyens réclament aussi qu'on dresse un camp d'observation et de restauration à l'écart de tout centre populeux, pour les arrivants des contrées malsaines. Ils demandent l'assainissement des contrées insalubres de notre rade ; le comblement de nos fossés infects, le concours résolu de l'Etat pour relever du danger cette cité militaire, dont le bon état sanitaire importe essentiellement à la grandeur de la France, comme à la sécurité de tout le pays. »

La lettre était adressée à M. le ministre du commerce qui s'est empressé de répondre à MM. Daumas et Maurel. Cette réponse mérite d'être placée sous les yeux de nos lecteurs :

« En ce qui touche l'*assainissement* de Toulon, dont vous voulez bien me signaler l'urgence, écrit M. P. Legrand, ministre du commerce, permettez-moi de vous faire remarquer que cette importante question a été, dès l'année dernière, mise à l'étude par la municipalité de cette ville. Une commission spéciale, dans laquelle le gouvernement a tenu à être représenté, s'est réunie à l'Hôtel-de-ville, sous la présidence du maire et a arrêté un ensemble de dispositions destinées à faire disparaître les causes d'insalubrité encore existantes, Pour des motifs que j'ignore, l'administration centrale n'a pas encore été saisie du rapport de cette commission. Vous pouvez être assuré que, dès qu'il lui sera parvenu, elle le fera examiner avec le plus sérieux intérêt et avec le plus vif désir de seconder la ville de Toulon dans ses travaux d'assainissement. »

Les habitants de Toulon, éprouvés si cruellement l'an dernier et encore à l'heure actuelle, ont dû se demander si M. le Ministre du commerce ne se moquait pas d'eux. C'est, en effet, pousser l'ironie un peu loin que de leur dire — ce qu'ils savent d'ailleurs aussi bien que lui — que l'on a étudié des projets d'assainissement. Enfin, c'est prononcer inconsciemment la condamnation de l'administration et la sienne propre en avouant que des projets d'une urgence incontestable ne lui sont pas encore parvenus au bout d'une année. Une telle insouciance des intérêts publics montre que l'Administration est restée ce qu'elle était sous l'Empire et que les différents ministres qui se sont succédé au ministère du commerce ont manqué à leur devoir. A notre avis, l'un des caractères d'une administration vraiment républicaine c'est d'expédier vite et bien les affaires et surtout celles qui intéressent à un si haut degré la santé publique.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 22 septembre 1885. — Présidence de M. Bergeron.

M. Méhu lit le discours qu'il a prononcé, au nom de l'Académie, sur la tombe de M. Baudrimont.

M. Gariel lit un rapport relatif à un travail de M. Maurel, médecin de la marine, sur les *variations nychthémérales de la température des êtres vivants*, qu'il résume dans les conclusions suivantes : 1° En modifiant les conditions d'existence d'un lapin relatives aux repas, à l'éclairage, au mouvement, on peut à volonté déplacer le maximum de la température nychtémérale, maximum qui dépasse le minimum de 0°,5 à 0°,9. 2° L'influence des repas est la plus considérable. Elle se traduit par une différence de 0°,3 à 0°,5 ; celle de l'éclairage et celle des mouvements produisent chacune une différence de 0°,2. Les autres influences paraissent négligeables.

M. Broudel (d'Alger) fait une communication sur l'introduction dans l'économie de certains médicaments au moyen de l'électricité. Si on fait passer un courant dans une solution d'un sel, ce sel est décomposé : le métal se rend au pôle négatif et le métalloïde, dans certains sels, ou l'acide, va au pôle positif. C'est cette opération que M. Broudel a réussi à accomplir au travers de l'organisme et à laquelle il a donné le nom d'*électrolyse*. Pour l'iode, qui est un métalloïde très facilement diélectrolysable, il applique sur une partie du corps une plaque d'amadou trempée dans une solution d'iodure de potassium et par-dessus cette plaque, le pôle négatif d'une pile dont le pôle positif est placé sur une autre partie du corps ; l'iode se sépare du potassium qui reste au pôle négatif et élimine à travers les tissus organiques vers le pôle positif où il arrive très rapidement, comme on peut s'en assurer au moyen d'un papier amidonné qui bleuit. Un grand nombre de corps simples pourront ainsi traverser l'économie et les applications de la méthode nouvelle peuvent être très nombreuses et très importantes. M. Broudel a ainsi guéri des fibromes utérins, un cas de périmétrite, une névralgie ovarienne rhumatismale, plusieurs cas de rhumatisme chronique.

M. Dubousquet (de Saint-Ouen), lit un exposé de la *constitution médicale actuelle de la commune de Saint-Ouen*. M. Dubousquet se propose ainsi d'appeler l'attention sur la fréquence actuelle des inflammations gastro-intestinales dans la commune de Saint-Ouen, prélude possible de manifestations cholériques. Cette gastro-entérite s'observe principalement dans les endroits les plus malpropres.

A. Josias.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 2 janvier 1885. — Présidence de M. Cornil.

1. M. Letulle présente un *kyste hydatique de la région periovarienne* coexistant avec une seconde *poche péri-utérine*.

M. Quénu demande si le kyste était développé aux dépens de l'ovaire ou du tissu cellulaire périovarique. Ces premiers étant absolument exceptionnels.

Séance du 9 janvier 1885. — Présidence de M. Cornil.

2. Empoisonnement par l'acide phénique résultant de mé-

prise (48 grammes d'acide phénique). — Mort en dix minutes. — Autopsie; par le Dr Albert Josias, ancien chef de clinique de la Faculté.

M. Cornil rappelle un cas d'intoxication phéniquée due à l'administration d'un lavement. La muqueuse du rectum était très épaissie; les cellules superficielles étaient mortifiées, mais au-dessous de la couche imprégnée il n'y avait que fort peu de cellules migratrices.

M. Quénu insiste sur les variations de l'élimination de l'acide phénique.

16. Hémiplégie gauche. — — Abcès du cerveau; par Didier, interne des hôpitaux.

Le nommé Desp..., âgé de 39 ans, charretier, entré à l'hôpital Tenon (service de M. Danlos) le 29 décembre 1884.

Ce malade n'a aucun antécédent héréditaire ni personnel. Pas de syphilis. Il y a trois semaines, il s'est aperçu un matin en se levant que sa jambe gauche était plus faible que la droite. Il a pu néanmoins continuer à travailler. Huit jours après, la faiblesse a gagné le membre supérieur du même côté; il a dû interrompre son travail et la paralysie s'est accentuée les jours suivants. Au bout de huit jours, il se fait transporter à l'hôpital, et pendant le trajet, il éprouva pour la première fois des secousses convulsives dans les membres paralysés. Actuellement, on constate une hémiplégie complète du côté gauche. A la face, la paralysie est incomplète, le facial inférieur seul est pris. Les membres sont flasques, pas de contractures, pas de troubles de la sensibilité. Pas de troubles de la parole ni de l'idéation. Le malade accuse une céphalalgie très vive, limitée au côté droit, elle s'est montrée quelque temps avant le début des accidents paralytiques et a persisté depuis lors. Il n'y a pas d'écoulement d'oreilles. L'auscultation des poumons et du cœur ne dénote rien de particulier. On pense avoir affaire à une tumeur cérébrale, probablement d'origine syphilitique et l'on institue le traitement mixte. Les jours suivants, l'état reste stationnaire. Pas de vomissements, par de constipation; pas de rétraction du ventre. Le 5 janvier le malade a eu dans la matinée des convulsions généralisées. A la visite, on le trouve dans un état semi-comateux. Cependant, il comprend encore ce qu'on lui dit, mais il ne peut répondre. La peau est couverte de sueurs profuses. T. R., 40°. Huit sangsues derrière les oreilles. Mort dans la journée.

Autopsie. — A l'ouverture du crâne, on constate un léger aplatissement des circonvolutions. En inclinant le cerveau en arrière, traînées purulentes autour du bulbe et du cervelet. Le ventricule gauche contient un peu de liquide louche; le droit, un liquide purulent qui s'écoule en plus grande abondance lorsqu'on presse sur la surface de l'hemisphère correspondant. Aucune lésion de l'hémisphère gauche sur le droit une coupe transversale passant immédiatement en arrière de la scissure de Rolando montre un abcès du volume d'une grosse noisette, occupant la partie postérieure du lobule paracentral. Trois autres abcès à peu près du même volume siègent plus en arrière dans la substance blanche du lobe pariétal. Ces trois derniers communiquent entre eux et avec le ventricule moyen. La substance grise de tout cet hémisphère est aplatie et ne présente qu'une épaisseur de 1 millim. 1/2. La substance blanche, au contraire, est augmentée de volume.

Poumons sains. Pas de traces de tubercules anciens ou récents. Cœur normal. *Reins* normaux. En résumé, il n'existe aucune lésion viscérale, aucun foyer de suppuration, sauf dans le cerveau.

Réflexions. — Cette observation nous paraît intéressante à plusieurs titres. 1° Les conditions étiologiques de ces abcès isolés du cerveau étant absolument nulles, nous avons été conduit à admettre par élimination, l'existence probable d'un traumatisme céphalique, dont le malade n'avait aucun souvenir et qui aurait pu survenir par exemple dans un moment d'ivresse. 2° Le siège du principal abcès qui occupe la partie postérieure du lobule paracentral nous explique comment est survenue d'abord une monoplégie crurale, bientôt suivie d'hémiplégie complète, soit que l'abcès primitivement localisé se soit étendu en avant ou ait déterminé des phénomènes de compression dans les régions des centres moteurs du membre supérieur et du facial inférieur. 3° Les convulsions terminales généralisées et la mort dans le coma peuvent s'expliquer par l'irruption du pus dans le ventricule moyen et de là dans l'espace sous-arachnoïdien.

17. M. Hartmann montre une vessie provenant de l'autopsie d'un homme âgé de 35 ans et qui, depuis l'âge de 17 ans, rendait des urines glaireuses. M. Guyon, en explorant la vessie dans un but opératoire, avait cru reconnaître l'existence d'une tumeur étendue.

La surface interne de la vessie est très inégale. S'agit-il là de modifications de la muqueuse dues à une cystite déjà ancienne, ou d'une véritable tumeur?

M. Cornil pencherait plutôt pour la première hypothèse. Il ajoute que ces végétations doivent contenir un nombre considérable de microbes, en particulier de micrococcus ureæ.

18. M. Hartmann présente un *cartilage thyroïde dépourvu d'une grande corne.* — Cette anomalie rare a été observée sur un sujet dont les cartilages costaux étaient bifurqués.

19. M. Ballue montre une tumeur assez volumineuse du *maxillaire inférieur*, reconnue par l'examen histologique comme un *épithéliome corné.*

M. Cornil fait observer que l'épithéliome est en général une tumeur plus petite, bénigne, ayant fini son évolution.

M. Babinski dit que, d'après les présomptions de la tumeur, il s'agit plutôt d'un épithéliome lobulé, muqueux; il existe fort peu d'éléidine.

20. M. Cornil annonce que M. Suchard dépose son travail sur l'ongle incarné, comme mémoire à l'appui de sa candidature à la place de membre titulaire. Une commission, composée de MM. Gombault, Ballet et Brault, est chargée du rapport.

21. M. Florant présente des pièces provenant d'une femme chez laquelle on avait diagnostiqué, il y a trois ans, l'existence d'un *anévrysme de la portion descendante de la crosse de l'aorte*, sans signes de compression. M. Jaccoud diagnostique plus tard une médiastinite antérieure, sans péricardite. L'électrolyse pratiquée par M. Apostoli amène une amélioration de l'état local, mais est suivie d'une monoplégie brachiale droite, qui dure un mois, jusqu'à la mort de la malade.

Autopsie. — On ne trouve pas trace de lésion cérébrale qui ait pu causer cette paralysie. L'aorte présente non pas un anévrysme, mais une dilatation uniforme avec un prolongement en doigt de gant dans la portion ascendante de la crosse.

M. Chauffard fait observer que ce n'est pas une dilatation simple, c'est un véritable anévrysme sacciforme, renfermant des caillots stratifiés.

M. Gombault dit que si l'examen histologique montre la conservation ou la destruction des tuniques artérielles, on aura la solution de la question.

M. Kirmisson est d'avis qu'il y a là un point intéressant concernant la distinction entre les anévrysmes mixtes internes ou mixtes externes. Les anévrysmes vrais n'ont plus guère de place en pathologie, et on doit prendre la lésion histologique pour établir la classification. Il fait remarquer aussi l'intérêt des phénomènes de paralysie sans cause cérébrale appréciable.

M. Gombault pense que l'électrolyse a pu agir sur la paroi de l'anévrysme et sur le cœur; il n'est pas certain que l'amélioration soit attribuable à une modification du contenu de la poche.

M. Netter doute qu'alors l'amélioration se fût continuée aussi longtemps.

3. Dilatation de l'aorte. — Athérome. — Rupture dans le péricarde; par M. Loppé, externe à l'hospice des Incurables.

F..., Marie, 70 ans, est entrée en juillet 1880 à l'hospice des Incurables, salle Sainte-Marie, lit n° 5. Cette malade, sur les antécédents de laquelle nous n'avons pu avoir aucun renseignement, jouissait, au dire de ses voisines et de la religieuse du service, d'une bonne santé habituelle. Elle en présentait d'ailleurs toutes les apparences. Depuis son entrée dans la maison, elle n'avait fait aucun séjour à l'infirmerie.

Le 1er janvier 1885, vers deux heures de l'après-midi, elle se sentit un peu fatiguée et se coucha. Elle se plaignait de légers frissons et accusait la sensation d'une barre sur l'estomac. On crut à une digestion difficile; elle prit un peu de thé au rhum; peu à peu, tout sembla revenir dans l'ordre. Vers sept heures du soir, ses voisines la virent tout à coup s'agiter, en proie à une anxiété extrême, et devenir très pâle. Elle ne pouvait parler, repoussait les personnes qui s'empressaient auprès d'elle, ou se cramponnait après leurs vêtements. Deux fois elle faillit tomber de son lit. Cette période d'agitation dura environ vingt-cinq minutes. A ce moment, nous trouvons la malade dans une dyspnée intense, les yeux hagards, la face très pâle, couverte de sueur; le pouls a disparu et les mouvements convulsifs cessent. Deux injections d'éther restent sans résultat. En quelques minutes, la respiration devient plus lente et la malade meurt.

L'Autopsie, faite le 3 janvier à dix heures du matin, donne les résultats suivants : A l'ouverture du thorax, le *poumon* est trouvé sain; quelques adhérences pleurales se déchirent facilement; le tissu pulmonaire est un peu congestionné, mais crépite dans toute son étendue; léger emphysème. Le *Péricarde*, en partie recouvert par le poumon, ne semble pas notablement distendu. En l'incisant, on remarque qu'il est rempli de sang à demi coagulé. Le poids du sang et des caillots est de 260 grammes. Le feuillet pariétal du péricarde est absolument sain dans tous ses points. Sur la partie antérieure et droite de l'*aorte*, au-dessus de l'auricule droite, à 8 millimètres au-dessus de l'orifice aortique, existe une surface assez régulièrement arrondie, le fond noirâtre ecchymotique, d'environ 3 centimètres de diamètre, vers la partie moyenne de laquelle on trouve un pertuis admettant la pointe d'une épingle; un fil d'argent introduit par cet orifice ne pénètre point dans l'aorte et est bientôt arrêté entre les tuniques de l'artère sans rencontrer de cavité appréciable. Le *cœur* est de volume normal, sans surcharge graisseuse, étant donnée surtout l'adiposité extrême du sujet. Ouvert méthodiquement, il ne présente point de lésion d'orifice. Un peu d'athérome de la mitrale; athérome bien plus considérable de l'orifice aortique, dont les valvules sont d'ailleurs suffisantes. L'aorte est dilatée; sa circonférence est de 92 millimètres. Elle est extrêmement athéromateuse. On l'incise sur sa partie antérieure, au niveau du bord gauche de l'ecchymose constatée extérieurement. Au niveau d'une plaque calcaire se trouve une rupture longue de 4 cent. et demi, à direction générale verticale, en coup d'ongle, à concavité tournée à droite. La corne inférieure du croissant a été coupée dans la section de l'artère et répond à la surface ecchymotique. Le fond de cette solution de continuité est d'un rouge sombre, large d'environ 3 millim. à la partie moyenne; on ne peut trouver d'orifice conduisant d'une manière évidente du foyer de la rupture à la partie ecchymosée. La coupe de cette dernière montre seulement le tissu artériel très épaissi, infiltré de sang, sans cavité distincte. Les orifices des artères coronaires sont libres. Celles-ci sont dures, en tuyau de pipe. A la section, on trouve la lumière rétrécie, déformée. Sur le reste de l'aorte, autres plaques calcaires. La dilatation cesse au niveau des gros troncs du cou. Il n'y a nulle part, à l'intérieur de l'aorte, trace de caillots anciens ni récents.

Abdomen. Foie de volume normal; surface un peu chagrinée, sans lésion nette de cirrhose. *Reins :* caractères du rein sénile.

Aucune lésion de l'estomac ni des autres viscères abdominaux. — *Encéphale* : Rien. Artères de la base un peu athéromateuses. Tissu cérébral sain sur toute son étendue.

La mort de cette femme est donc due à la rupture d'une plaque athéromateuse de la portion ascendante de la crosse aortique dilatée, rupture ayant déterminé un épanchement sanguin dans le péricarde. Il est particulièrement intéressant d'étudier la durée de la mort et la manière dont s'est produite la terminaison fatale. D'abord, la mort a été lente. MM. Charcot et Ball (*Dict. encycl.*) considèrent cette mort comme exceptionnelle. Pourtant, Broca (1850) publiait déjà une statistique de 25 cas, où 9 fois la mort était survenue après un temps variable entre une heure et plusieurs jours. Il semblerait aujourd'hui que la mort lente fût au contraire plus fréquente. Les lésions étaient ici celles que l'on rencontre le plus ordinairement et au siège habituel. La mort n'a pas été immédiate : sans doute la terminaison fatale s'est produite en plusieurs temps. La plaque athéromateuse s'est déchirée, le sang s'est infiltré peu à peu entre les tuniques altérées de l'artère, puis a fait lentement irruption dans le péricarde, par un ou plusieurs petits pertuis, dont on n'a pu retrouver les traces même à l'aide d'une loupe. Cette irruption s'est-elle produite en une demi-heure ou en plusieurs heures? La mort n'a pas été causée évidemment par la perte de la quantité de sang épanché, mais par la compression du cœur; combien de temps celui-ci a-t-il dû lutter, et les phénomènes insignifiants en apparence accusés dans la journée ont-ils été l'un des premiers symptômes de la rupture de l'artère, ou la cause de cette rupture? Ici entre un nouveau facteur sur lequel notre maître, M. Quinquaud, a tout particulièrement attiré notre attention : l'état du muscle cardiaque, son degré de résistance, l'état de ses fibres musculaires, l'irrigation de ses parois par des artères qui ici étaient athéromateuses.

4. Anévrysme de l'artère sylvienne gauche. — Ramollissement très étendu. — Rupture de la poche; par M. Loppé.

N..., Claire, 82 ans, est entrée le 29 décembre 1884 à l'infirmerie de l'hospice des Incurables, salle Sainte-Geneviève, lit n° 20 (service de M. le Dr Quinquaud).

Nous n'avons pu recueillir sur cette malade aucun renseignement. Elle était placée depuis un certain nombre de mois dans une salle de grandes infirmes, et la religieuse du service nous dit l'avoir toujours connue impotente, d'intellect très obtus, et tombée depuis assez longtemps dans le gâtisme.

Des accidents dont on n'a pu déterminer exactement la nature, sans doute les symptômes du ramollissement constaté après la mort, l'avaient fait admettre à l'infirmerie, où elle présentait les signes d'une hémiplégie droite légère, occupant surtout le membre supérieur droit, et offrant simplement les caractères de la parésie. Les réponses de la malade étaient absolument incohérentes. M. le Dr Quinquaud fit appliquer un séton à la nuque. Dans la nuit du 3 au 4 janvier 1885, vers minuit, le coma devient plus profond, la respiration se ralentit, devint stertoreuse, et la malade mourait à trois heures du matin.

Autopsie le 5 janvier. — Thorax. *Poumons* sains. Pas de liquide dans la cavité pleurale. Peu d'adhérences. — *Cœur* : un peu d'athérome de la valvule mitrale et noyaux sur les sigmoïdes aortiques. Les orifices sont d'ailleurs suffisants. Le myocarde est sain, le cœur a son volume normal. — L'*aorte* est très athéromateuse.

Abdomen. *Foie* petit; poids, 855 grammes; coloration à peu près normale; crie sous le scalpel. — *Reins* atrophiés en masse : poids de chacun, 85 grammes; substance corticale, 2 à 3 millim. d'épaisseur. — Encéphale. *Méninges* congestionnées, sans épaississement notable : en plusieurs points, on trouve des suffusions hémorrhagiques. La pic-

mère est très vascularisée, et l'on constate une infiltration en caillot du tissu sous-arachnoïdien. On trouve au niveau de l'hémisphère gauche, sur la portion horizontale de la scissure de Sylvius, une infiltration en caillot du volume d'une petite noix; ce caillot est noirâtre, récent, occupe le tissu sous-arachnoïdien, se prolongeant dans une étendue de 5 centim. à partir de l'extrémité antérieure de la corne sphénoïdale, qui est déchirée et profondément altérée; il adhère à la lèvre supérieure de la scissure. En écartant les lèvres de cette scissure, on aperçoit l'artère sylvienne gauche athéromateuse et offrant sur son trajet, à environ 2 centim. de son origine, une dilatation anévrysmatique du volume d'une noisette, mesurant dans son diamètre perpendiculaire à l'axe du vaisseau 10 millim., dans son diamètre parallèle à cet axe 9 millim., enfin dans son épaisseur 6 millim. La dilatation porte tout entière sur la partie externe du vaisseau. En aval, l'artère est de beaucoup diminuée de calibre et présente, surtout sous le doigt, une diminution notable de résistance. La dilatation s'est rompue en un point correspondant à l'union de la partie de l'artère située en aval avec l'extrémité postérieure du sac. Si l'on écarte davantage la scissure, on tombe dans une vaste cavité anfractueuse, occupant la partie antérieure du lobe sphénoïdal, et représentant tout l'étage inférieur du ventricule latéral gauche, sauf sa corne occipitale. Le tissu nerveux à ce niveau est ramolli et se désagrège sous le filet d'eau. Il n'y a pas de caillot à l'intérieur de cette vaste cavité. La substance corticale ne semble pas altérée. L'hémisphère droit est intact. Toutes les artères de la base sont athéromateuses.

Au microscope, on trouve au niveau de la surface ramollie des granulations graisseuses autour des vaisseaux, des corps granuleux de Glüge et de cellules en voie de dégénérescence; le foyer paraît récent.

Les pièces que nous avons l'honneur de présenter à la Société nous ont semblé intéressantes à un double point de vue : le volume de la dilatation anévrysmale; l'étendue des lésions de ramollissement causées par l'oblitération des artérioles nourricières par l'anévrysme, lésions qui ont évolué d'ailleurs sans offrir d'accidents bruyants.

5. Emphysème pulmonaire; par Eugène DESCHAMPS, interne des hôpitaux.

Le nommé G..., François, âgé de 56 ans, marchand de vins, était soigné à la salle Saint-Jean, lit n° 14, dans le service de M. le Dr RENDU, à l'hôpital Necker, pour une maladie de Bright avec hypertrophie cardiaque; il existait en même temps de l'emphysème pulmonaire; l'œdème était généralisé, il y avait des épanchements dans les séreuses. Vers la fin de décembre survient un érysipèle, dont le malade meurt le 29 décembre 1884.

L'AUTOPSIE confirma en tous points le diagnostic; le cœur et les reins présentent des lésions classiques. — Les *poumons* sont refoulés en partie par l'abondance de l'épanchement pleural; ils sont emphysémateux; l'emphysème est surtout marqué le long du bord antérieur; mais le poumon droit présente quelques particularités qui méritent une description spéciale. Sur la face interne, on peut voir un grand nombre de petites tumeurs emphysémateuses, dont plusieurs atteignent la grosseur d'une noisette. Mais l'une d'entre elles surtout attire l'attention par ses dimensions considérables. On trouve, en effet, sur la moitié postérieure de la face interne du lobe inférieur, un peu au-dessous du hile, une tumeur gazeuse de la grosseur d'une orange, irrégulièrement sphérique et légèrement aplatie de dedans en dehors, adhérente par son tiers externe à la trame même du poumon, avec laquelle elle semble se continuer. Libre dans ses deux tiers internes, elle présente une surface légèrement mamelonnée et divisée en plusieurs segments inégaux par quelques sillons irréguliers, au fond desquels rampent des vaisseaux sanguins. Une légère pression à sa surface n'en permet nullement le déplacement sous la plèvre. Transparente dans la plus grande partie de son étendue, elle laisse apercevoir à travers son enveloppe, qui paraît fort peu épaisse, de nombreuses travées extrêmement fines, anastomosées irrégulièrement les unes avec les autres et qu'on pourrait considérer à première vue soit comme des travées cellulaires surdistendues par des gaz, soit plutôt comme les vestiges des parois alvéolaires d'un tissu pulmonaire fortement emphysémateux. Mais au fur et à mesure qu'on se rapproche du bord adhérent de la tumeur, son aspect se rapproche de celui du poumon, dont il ne diffère en aucune façon dans une étendue de quelques millimètres, formant ainsi une sorte de bande entourant la base de la tumeur.

Lorsqu'on a fendu l'enveloppe de cette poche, les travées qu'elle renfermait s'affaissent en partie; il est cependant encore possible de constater qu'elles sont en rapport avec l'intérieur des lobules pulmonaires. D'autre part, l'enveloppe de cette poche emphysémateuse présente à sa surface interne quelques traînées noirâtres semblant en rapport avec les vaisseaux, et que l'on n'apercevait que faiblement par transparence avant l'ouverture de la poche. Pour nous convaincre que nous avions bien affaire à de l'emphysème vésiculaire et non pas à de l'emphysème interlobulaire ou sous-pleural, nous avons étendu une partie de la membrane constituant la vésicule d'emphysème sur une lame de verre, et après l'avoir éclaircie à la glycérine, nous l'avons examinée à un faible grossissement. Il nous a été ainsi facile de constater sur toute la surface ainsi examinée des dépôts de charbon abondants, qui ne nous permettaient pas de douter que l'on fût en présence de vésicules pulmonaires. Il s'agissait donc bien dans ce cas d'une vaste poche d'emphysème vésiculaire.

6. M. BRUCHET montre un *néoplasme cérébral* interhémisphérique, se prolongeant dans la substance blanche et autour duquel existe une plaque dure soudant les deux hémisphères. Le sujet porteur de cette tumeur était syphilitique et avait de plus de la sclérose du sommet gauche. Il avait présenté de la céphalée, de l'épilepsie jacksonienne, du tremblement entre les attaques. S'agit-il là d'une gomme, d'un sarcome, d'un tubercule? Un premier examen par raclage n'a pas révélé de bacilles; la tumeur ressemble plutôt à une gomme. Un examen histologique ultérieur sera pratiqué.

7. M. LOPPÉ montre une *rupture siégeant à l'origine d'une aorte athéromateuse* ayant donné lieu à une hémorrhagie du péricarde, suivie de mort. La malade, femme âgée, avait souffert dans la journée au niveau de la région précordiale, et n'a succombé que le soir. M. Loppé pense que la rupture s'est faite en plusieurs temps et qu'il y a d'abord eu infiltration entre les tuniques.

M. QUINQUAUD insiste sur ce point que le malade a vécu cinq ou six heures après le début probable de la rupture; il y a eu mort rapide, mais non mort subite. La durée de la survie paraît liée en partie à l'état du myocarde. Enfin, au point de vue expérimental, on voit, en exerçant des pressions avec l'eau ou le mercure, ces ruptures se faire en plusieurs temps.

M. CORNIL cite cependant un cas de mort subite par rupture aortique; mais il s'agissait de l'ouverture d'un anévrysme cupuliforme; il ajoute que les fissures des artères athéromateuses paraissent en effet se produire en plusieurs temps.

M. DE BEURMANN rappelle une rupture d'un anévrysme de l'aorte abdominale. Il n'y eut pas mort subite, le sang s'était d'abord infiltré entre les tuniques.

7 *bis*. M. LOPPÉ présente une hémisphère gauche, siège d'une hémorrhagie attribuable à la rupture d'un anévrysme de la sylvienne. Tout autour existait du ramollissement.

M. QUINQUAUD insiste sur ce ramollissement siégeant sur le territoire de la sylvienne athéromateuse et oblitérée.

8. Mr RENAULT présente un *ulcère du duodénum*, avec perforation suivie de péritonite suraiguë.

La Société procède aux élections du bureau et du comité. Sont élus ...

Président : M. Cornil.
Vice-présidents : MM. Gombault et Kirmisson.
Secrétaires : MM. Charrin et Durand-Fardel.
Archiviste : M. Marie.
Trésorier : M. Babinski.
Membres du Comité : MM. Chauffard, Letulle, Talamon, Déjerine, Brun, Picqué, Jalaguier.

Séance du 16 *janvier* 1885.—Présidence de M. Cornil.

10. Kyste sanguin de l'hypocondre droit, consécutif à un traumatisme ; par H Méry, interne des hôpitaux.

Le nommé Marin (Auguste), âgé de 76 ans, entré à l'infirmerie de l'hospice des Incurables (service de M. Quinquaud), pour une tumeur de l'hypochondre droit.

Ce malade, de bonne santé habituelle, s'est aperçu, il y a deux ans, que son ventre grossissait; il ne présenta d'abord aucun trouble fonctionnel; mais au bout de six mois apparurent, dans l'hypochondre droit, où siégeait la tumeur, des douleurs lancinantes très vives, ne s'irradiant pas, revenant à n'importe quel moment. Sa santé générale était bonne, il digérait bien; il n'a jamais eu d'épistaxis ni d'ictère. Le ventre continuant toujours à augmenter de volume et les douleurs devenant plus vives, le malade entra une première fois à l'infirmerie au mois d'avril 1884; il y resta trois mois, ne maigrissant pas et se levant toute la journée. Sorti au commencement de juillet, il entra de nouveau le 18 juillet; la tumeur faisait des progrès bien plus rapides et le malade commençait à maigrir. Depuis, il a été en s'affaiblissant et a fini par ne plus quitter son lit; il ne mange presque pas. Les douleurs de l'hypochondre droit sont devenues très violentes, et depuis six semaines on lui fait des injections de morphine. Depuis ce moment, apparition d'un peu de délire, délire tranquille et surtout nocturne.

On a fait deux ponctions aspiratrices dans la tumeur; à la première, il y a deux mois, on a retiré un litre et demi d'un liquide noirâtre, sanguinolent; la seconde, trois semaines après, n'a rien donné.

Etat actuel. 3 janvier 1885. Le malade est très amaigri; présentant une légère teinte subictérique des conjonctives. Il n'a aucune gêne de la respiration; pas de vomissements ni de troubles digestifs, si ce n'est de l'anorexie; il est habituellement constipé; ses douleurs lancinantes dans le côté droit le font beaucoup souffrir. L'abdomen est augmenté de volume, tendu, sans réseau veineux souscutané; il est sonore dans les parties inférieures et à gauche de la ligne blanche. Il n'y a pas d'ascite.

Au niveau de l'hypochondre droit, on constate la présence d'une tumeur volumineuse, présentant à la percussion une matité se continuant avec celle du foie, descendant à 10 centimètres au-dessous du rebord des fausses côtes droites, remontant ensuite vers l'épigastre, sans atteindre l'ombilic, mais se prolongeant au-dessus dans la région épigastrique et même l'hypochondre gauche. Supérieurement la matité ne dépasse pas la limite normale du foie. La tumeur est lisse et ne présente pas de bosselures; elle est rénitente à la palpation.

On ne constate rien d'anormal du côté des poumons, si ce n'est quelques frottements à la base du poumon droit.

Le pouls est filiforme, irrégulier, inégal.

L'artère radiale n'est pas très dure.

A la pointe du cœur, les deux bruits sont nets, sans souffle; à la base, le deuxième bruit est un peu arrondi.

Le malade présente aux deux jambes, mais surtout à gauche, un peu d'œdème malléolaire, blanc et mou; il n'y en a pas à la face dorsale du pied. Le malade a un peu de fièvre et de délire la nuit. T. R. 38°,4. Les urines ne contiennent ni albumine, ni sucre.

M. le Dr Quinquaud porta le diagnostic de sarcome kystique ou de kyste sanguin de la portion supérieure du péritoine, et affirma l'indépendance de cette tumeur d'avec le foie.

Les jours suivants, le malade a continué à avoir un peu de fièvre et de délire; il ne prenait plus de nourriture; il s'est éteint, sans avoir présenté de phénomènes nouveaux, le 10 janvier. Depuis la mort de ce malade, nous avons appris de sa fille, qu'il avait reçu il y a quatre ans un coup de tampon de wagon de chemin de fer, dans le côté droit; c'est, d'après elle, l'origine de sa tumeur.

Autopsie le 11 janvier. — A l'ouverture de la cavité abdominale, il n'y a pas d'écoulement de liquide; on trouve à la partie supérieure et à droite, au niveau de l'hypochondre droit, descendant dans le flanc droit, une tumeur hémisphérique, lisse, d'un volume considérable, dépassant celui d'une tête d'adulte, sans aucune adhérence avec la paroi abdominale antérieure.

Le foie, repoussé par cette tumeur vers l'épigastre et l'hypochondre gauche, est complètement chassé de l'hypochondre droit; le lobe gauche est intact et seulement repoussé; le lobe droit est très aminci; la tumeur présente des adhérences avec la face inférieure de ce lobe; elle adhère aussi à la face inférieure du diaphragme. Le côlon transverse, dilaté, se voit au-dessous de la tumeur; à ce niveau, le péritoine passe de la face supérieure du côlon sur la face antérieure de la tumeur et empêche de passer en arrière de celle-ci; l'intestin grêle est refoulé à gauche. En décollant tout le paquet viscéral de la paroi abdominale postérieure, on peut examiner les rapports de la tumeur en arrière; elle répond à la région lombaire droite. Le rein droit est situé à la partie inférieure et gauche de la tumeur; son grand axe est devenu transversal; il est comprimé et aplati d'avant en arrière, surtout à la partie supérieure. Poids, 105 grammes. Le rein gauche pèse 145 grammes. A la coupe, le rein droit est blanchâtre, anémié. La surface de la tumeur en avant est lisse, d'une couleur blanc rosé. On ne voit pas de vaisseaux, ni de taches ecchymotiques à ce niveau.

A l'ouverture de la tumeur, il sort une grande quantité d'un liquide séro-sanguinolent, noirâtre, avec quelques caillots fibrineux, noirâtres et mous. On a recueilli à peu près 2 litres et demi de ce liquide.

A la coupe, la tumeur présente une paroi formée probablement par le péritoine épaissi, décomposable en plusieurs feuillets, épaisse de 2 millimètres, contenant des petits vaisseaux. Cette paroi propre existe partout, même au niveau de la face inférieure du lobe droit, qu'elle sépare nettement de l'intérieur de la tumeur. Celle-ci contient, attenant à la paroi, des masses irrégulières de couleur ocreuse ou brunâtre, très friables, formant des anfractuosités, se déchirant facilement, s'écrasant sous le doigt, ayant tous les caractères de caillots fibrineux anciens; on retrouve, à l'examen histologique, les caractères du réticulum fibrineux. Par places, au milieu des parties friables, se trouvent des parties crétacées et très dures. Entre la paroi et les caillots organisés, les séparant, on trouve une couche sanguine, noirâtre, de date récente. Au centre de la tumeur se trouvent quelques caillots cruoriques récents, mous et noirâtres, analogues à ceux qui se sont échappés de la tumeur avec le liquide.

Nous avons cherché quels étaient les vaisseaux nourriciers de cette tumeur : nous avons vu deux groupes principaux situés à la partie postérieure de la tumeur, ne présentant pas un volume considérable; le groupe supérieur répond à l'artère diaphragmatique inférieure droite et fournit des rameaux qui rampent à la partie supérieure de la tumeur, entre sa paroi et le muscle diaphragme; leur calibre est petit; puis à la partie inférieure existe un autre groupe répondant à une branche de l'artère mésentérique supérieure, envoyant des rameaux sur la face postérieure de la tumeur. — Le foie est d'une coloration jaune pâle et graisseuse.

A l'ouverture du thorax, on trouve un peu d'épanchement dans la plèvre droite, avec quelques adhérences du même côté; il y a de la congestion pulmonaire marquée à la base droite; les deux poumons sont emphysémateux. — Le *cœur* ne présente pas de lésions d'orifices : il est mou et flasque. L'aorte est peu athéromateuse.

Examen histologique de la paroi du kyste. — On voit

qu'elle est constituée par plusieurs couches superposées de tissu fibreux adulte, contenant des fibres élastiques, surtout dans les couches les plus internes. Les parois sont creusées d'une multitude de canaux vasculaires, coupés les uns en long, les autres en travers, contenant dans leur intérieur des amas de globules.

Réflexions. — Cette observation nous a paru intéressante au point de vue de sa rareté. Son étiologie paraît, d'après les renseignements reçus, devoir être attribuée à un traumatisme; il s'est formé à la suite un kyste sanguin, ayant refoulé le péritoine en avant et le foie à gauche.

M. Quinquaud dit que pendant la vie du sujet on avait songé à ce genre de tumeur. On avait, par le péritoine, retiré du sang, ce qui aurait pu faire penser à un néoplasme avec pseudo-kyste du foie, mais le foie ne paraissait pas augmenté de volume, et la cachexie, quoique prononcée, avait eu une marche trop lente. De plus, il existe dans la science quelques cas analogues.

M. Chauffard demande si, en raison de l'énorme quantité de caillots, on ne pourrait pas supposer une communication artérielle oblitérée ultérieurement à la suite des dépôts.

M. Quinquaud répond que l'artère a été inutilement recherchée.

M. Kirmisson pense qu'il faudra disséquer avec soin les adhérences de la tumeur et du diaphragme, quoique les artères diaphragmatiques lui paraissent beaucoup trop petites pour avoir donné lieu à un anévrysme si volumineux.

M. Cornil fait remarquer qu'il existe une intervention fibrineuse indiquant nettement que l'enveloppe n'est pas la capsule de Glisson.

11. M. Monprofit rapporte l'histoire d'un individu pris subitement, le 11 janvier, de céphalée, d'abattement, de fièvre, et, deux jours après, d'une douleur aiguë de l'œil ayant fait songer à un glaucôme. Le malade ayant succombé, on a trouvé une *endocardite ulcéreuse* que présente M. Monprofit. Les lésions siègent dans le ventricule gauche au-dessous des valvules aortiques et sur la mitrale; l'endocarde est, par places, épaissi, grisâtre, infiltré, c'est l'inflammation diphthéritique des Allemands ; il n'y a pas de végétations et pas davantage de fibrine. Du côté des centres nerveux on a seulement constaté de la congestion, les viscères n'offraient pas d'embolie; l'œil sera examiné ultérieurement.

M. Cornil a trouvé, au niveau des plaques endocardiques, des micrococci un peu allongés, isolés ou en chaînettes, plus souvent deux à deux; quelques-uns sont nettement arrondis, d'autres nettement allongés.

12. M. Denucé montre une *tumeur polykystique de la mamelle* ayant débuté, il y a six mois, par une petite induration. En faisant une incision exploratrice, M. Verneuil a reconnu la présence d'un kyste assez volumineux autour duquel se trouvaient de petits kystes noirâtres semblables à ceux décrits par M. Reclus. La tumeur était mobile sous la peau, il n'y avait pas de ganglions axillaires.

M. Cornil ajoute que la richesse en graisse de la tumeur, tout en excluant le sarcôme, n'élimine pas le carcinôme.

M. Kirmisson note que le kyste central était plus volumineux que ceux que l'on rencontre en général dans le carcinôme.

13. M. Parmentier présente un larynx de sujet mort avec des accidents de *laryngo-typhus*. En dehors de lésions de broncho-pneumonie et d'injection trachéale, on voit une ulcération sur le bord libre de l'épiglotte, une ulcération sur le cartilage aryténoïde, une troisième plus profonde sur la corde vocale inférieure gauche; cette ulcération offre une teinte feuille morte; tout autour existe une sorte de dépôt pseudo-membraneux.

M. Cornil décrit, à propos de cette pièce, les altérations constatées au point de vue histologique. Sur des coupes de la corde vocale on voit que l'épithélium normal pavimenteux a disparu au niveau des pseudo-membranes, de la couche blanchâtre ; cet épithélium est remplacé par une zone de micro-organismes qui se colorent en violet foncé ; ces micro-organismes sont au niveau de la surface, d'ailleurs irrégulière, des zooglées. Dans les zooglées existent une grande quantité de micro-organismes arrondis, plus nets au bord qu'au centre, où ils sont plus petits, mal colorés ; ils sont le plus souvent deux par deux, quelquefois en chaînettes. Dans les couches profondes, on trouve des microbes allongés de longueur variable, assez rares, se colorant moins bien que les micro-organismes arrondis. Plus profondément encore, on constate des lésions inflammatoires, de nombreuses cellules migratrices entourant les faisceaux de tissu conjonctif, jusqu'aux fibres musculaires; les cartilages ne paraissaient pas altérés. Il rapproche ces faits de ceux de Klebs et d'Eppinger. Klebs, il est vrai, n'a signalé que des microbes arrondis, mais il en a vu d'allongés dans les cartilages altérés.

M. Chantemesse fait observer que, parmi les microbes trouvés par M. Cornil, il y en a peu qui ressemblent au microbe de Gaffky; il demande s'il existe entre ces lésions laryngées et l'agent typhique, une relation directe ou indirecte.

M. Cornil pense plutôt à une relation indirecte. Dans la fièvre typhoïde, il peut se produire des infections secondaires, ayant pour point de départ l'intestin ; aussi pout-on trouver, même sur les plaques dures, au moment de l'ulcération, des microbes arrondis autres que le bacille de Gaffky, que l'on y voit surtout au début.

M. Charrin fait remarquer que ces infections secondaires, d'origine intestinale, encore hypothétiques dans bien des cas, possèdent cependant un certain degré de démonstration. Si, par exemple, on puise du sang dans la veine-porte d'un mouton mort du charbon bactéridien, quelques heures après sa mort, on peut, au lieu de la bactéridie de Davaine, retirer le vibrion septique de Pasteur, venu de l'intestin. Il est donc possible que cette diffusion des microbes intestinaux se fasse sur le vivant lorsque, comme dans la fièvre typhoïde, les lésions intestinales font tomber la barrière épithéliale avant la mort.

M. de Gennes observe que la prédominance du bacille de Gaffky dans les viscères, dans la rate en particulier, porte à croire que c'est bien là, malgré le manque de preuves expérimentales, le véritable microbe de la fièvre typhoïde.

REVUE D'OPHTHALMOLOGIE

V. De la pathogenèse de l'ophthalmie sympathique ; par le Dr Deutschmann. *Zur Pathogenese der sympathischen Ophtalmie, Graef's Archiv.* XXIX, XXX et XXXI.

V. La pathogénie de l'ophthalmie sympathique vient d'être éclairci d'un jour nouveau par les recherches cliniques et expérimentales entreprises par *Deutschmann* (de Göttingen) qui, se basant sur l'idée que ces accidents sont d'origine infectieuse, rechercha la cause première de l'infection. Ce pourrait bien être le micrococcus bien connu déjà et étudié surtout par Rosenbach, le *staphylococcus pyogenes albus* ou *aureus* qui, suivant le milieu dans lequel il est apporté, provoque l'*ostéite phlegmoneuse* dans le système osseux, l'*anthrax* dans la peau qui, s'il pénètre dans l'œil par un traumatisme accidentel ou opératoire, ou par une ulcération de la cornée (ulcère serpigineux à hypopion, perforation à la suite d'une ophtalmie purulente, etc.), amène la désorganisation, la phtisie du bulbe et peut, en se propageant le long du nerf optique par le chiasma, atteindre l'autre œil et y provoquer ce que l'on a appelé *l'ophthalmie sympathique* et ce que Deutschman propose d'appeler *ophtalmia migratoria*.

Voilà bien simplement expliquée cette fameuse sympathie d'un œil sain pour son congénère malade. Que de discussions interminables ont eu lieu sur ce sujet autrefois

si obscur, si mystérieux, et qui paraît si simple maintenant. Quelles déductions importantes pour la thérapeutique et surtout pour la prophylaxie de l'ophthalmie sympathique doivent être tirées de ces nouvelles données pathogéniques. L'antisepsie la plus rigoureuse s'impose comme un devoir dans toutes les perforations de la cornée ou de la sclérotique pour éviter la pénétration de tout germe infectieux.

Mais le staphylococcus peut bien n'être pas le seul micro-organisme qui provoque *l'ophthalmie migratrice*. Deutschmann serait même tenté de croire qu'il doit y avoir plusieurs espèces de microbes plus ou moins dangereux, plus ou moins vivaces, capables d'amener les uns des symptômes très rapides et très graves, les autres pouvant séjourner des années à l'état latent dans l'œil infecté, sommeillant pour ainsi dire jusqu'à ce qu'une cause déterminante vienne favoriser leur développement.

Mackenzie, le premier, avait pensé que l'ophthalmie sympathique était due à la propagation d'un œil à l'autre du processus inflammatoire par l'intermédiaire du chiasma. C'était la première et la meilleure idée, mais le manque de preuves anatomiques fit chercher dans les phénomènes réflexes vaso-moteurs ou trophiques la cause de l'ophthalmie sympathique. Deutschmann, se basant sur la théorie de Leber, qui veut que la propagation de l'inflammation soit due à la migration de l'agent infectieux lui-même, entreprit déjà, en 1882, une série d'expériences sur les lapins.

D'abord, tous les yeux injectés d'un liquide septique se perdirent par fonte purulente. Pour éviter cet inconvénient, Deutschmann injecta dans le nerf optique lui-même une culture *d'aspergillus glaucus* et observa deux ou trois jours après une *papillite* et huit ou dix jours plus tard une papillite semblable dans l'autre œil. L'inflammation s'était donc propagée le long du nerf optique par le chiasma ; mais nulle part on ne put trouver de spores d'aspergillus qui s'étaient enkystés sans proliférer à l'endroit même où ils avaient été injectés. Ils n'avaient donc agi que mécaniquement ou chimiquement comme corps étranger. Le résultat fut le même pour ceux injectés dans le corps vitré. Ils restèrent stériles, amenant seulement autour d'eux la production d'une quantité considérable de corpuscules de pus remplissant le corps vitré, la choroïde, le nerf optique, jusqu'au chiasma et à la papille de l'autre œil. L'expérience faite en injectant simplement de l'huile de croton vint bien prouver que l'on avait là seulement une action chimique, se propageant par le chiasma, mais n'amenant que des accidents sympathiques de courte durée et n'ayant jamais la gravité de ceux que l'on observe en clinique et qui certainement doivent être dus à la pullulation de l'agent septique lui-même.

Deutschmann, pour prouver ce fait, eut l'idée d'injecter dans le corps vitré une culture de *staphylococcus aurens*. Il obtint alors une violente inflammation du premier œil se propageant jusqu'à l'autre où l'on retrouvait les micrococques en abondance ; mais la mort rapide causée par la généralisation de l'infection ne permettait pas de suivre la propagation de l'infection à l'iris et aux parties antérieures de l'œil. Pour empêcher cette généralisation trop rapide et observer la série des phénomènes provoqués par le staphilococcus, Deutschmann injecta le liquide septique dans le bout périphérique du nerf optique sectionné, et apposa une ligature de façon à ce que le liquide restât enfermé dans l'œil. On observe alors deux ou trois jours après une tuméfaction de la papille, puis le fond de l'œil devient gris et flou, le corps vitré s'infiltre, se trouble, l'iris se décolore, l'humeur aqueuse perd sa limpidité et des dépôts jaunâtres se montrent sur la face postérieure de la cornée, hypopyon. Ce sont bien là tous les symptômes de l'*ophthalmie sympathique*, que jusqu'ici on n'était pas parvenu à produire expérimentalement. Ces beaux résultats sont-ils confirmés par la clinique, par l'examen microscopique des yeux énucléés ? Oui. Dans tous les yeux énucléés dans le but d'enrayer une ophthalmie sympathique, Deutschmann trouva des micrococques et des diplocoques qu'il put cultiver. Il fallait mieux encore ! Il fallait les trouver dans l'œil *sympathisé*, dans l'œil secondaire et atteint. Or, c'est justement là ce qui constitue la haute valeur du long travail de Deutschmann, c'est que dans tous les cas où il put recueillir du liquide de la chambre antérieure d'un œil atteint d'iritis sympathique, il constata la présence de micrococques et des diplocoques donnant des cultures que Rosenbach lui-même a reconnues semblables à celles du *staphylococcus aurens*.

Voilà donc deux faits de la plus haute importance prouvés expérimentalement avec la plus grande exactitude.

1° La propagation d'un processus inflammatoire simple (injection d'huile de croton, etc.), d'un œil à l'autre par l'intermédiaire des nerfs optiques et du chiasma amenant des désordres transitoires et de peu de gravité.

2° La migration de l'élément infectieux lui-même d'un œil à l'autre le long des nerfs optiques amenant dans l'œil secondairement atteint tous les symptômes de l'ophthalmie sympathique grave conduisant à la perte fatale de l'œil, si l'on ne coupe pas le mal à sa racine, en détruisant le foyer d'infection, en énucléant l'œil primitivement infecté et en appliquant à l'autre œil toutes les ressources que l'antisepsie met à notre disposition (les mercuriaux en première ligne ; frictions, calomel à doses fractionnées, etc.).

A. Darier.

BIBLIOGRAPHIE

Zur sog. Jackson'schen Epilepsie ; par le prof. Adamkiewicz (*Berl. klin. Wochenschr.*, 1885, n° 23).

On donne le nom d'*épilepsie jacksonienne* à un groupe bien distinct de mouvements cloniques des muscles innervés par le nerf facial, les plexus brachial et ischiatique. L'attaque ne s'accompagne jamais de perte de connaissance; elle est du reste trop connue pour insister sur ses particularités. Toutefois, ce nom d'épilepsie s'explique difficilement, puisque la perte de connaissance et le tétanos, caractères de l'épilepsie vraie, lui manquent; ce qui rapproche les deux affections est leur pathogénie et leur coïncidence. L'expérimentation établit dans quelles conditions se produit l'épilepsie jacksonienne et l'étude montre que les crampes expérimentales et les crampes pathologiques sont identiques. Elles surviennent lors de la *compression cérébrale*. Dans un travail antérieur, l'auteur dit que la compression du tissu nerveux est réelle, qu'elle ne s'accompagne pas d'amincissement, mais au contraire d'hypertrophie, que les vaisseaux n'y prennent aucune part; enfin, que la théorie ancienne d'anémie cérébrale par augmentation de tension du liquide céphalo-rachidien est inadmissible.

Un premier degré de compression peut ne pas dépasser les limites physiologiques de la compressibilité cérébrale ; tout en amenant un changement de forme dans les circonvolutions, il ne détermine pas de trouble fonctionnel de l'organe. Le troisième degré de compression est la destruction de la substance nerveuse, un vrai traumatisme. Aussi le deuxième degré seul nous occupe, la compression augmente, elle n'est plus en rapport avec la compressibilité normale du cerveau, les troubles jacksoniens apparaissent et disparaissent avec la suppression de la cause. Que la compression augmente encore, les muscles atteints de crampes se paralysent; les centres cérébraux de l'épilepsie jacksonienne sont ceux des mouvements. Ces centres ne siègent pas dans l'écorce cérébrale, ils sont profonds. Les centres corticaux sont des centres sensoriels, volontaires, d'incitation.

L'influence des centres corticaux sur les centres profonds des mouvements est d'autant plus grande que l'être est plus élevé dans l'échelle animale; ainsi chez l'homme, la destruction des centres sensoriels corticaux détermine des paralysies durables, l'excitation centrale volontaire ne se produit plus et les mouvements volontaires sont abolis.

L'aphasie est sous ce rapport un type des plus nets; les mouvements musculaires sont conservés, l'impulsion intellectuelle productrice des mouvements, la volonté du langage est abolie.

La volonté domine l'acte musculaire; c'est tout le contraire pour la crampe jacksonienne. Cette dernière présente les caractères des phénomènes des centres sub-corticaux; elle n'a aucun rapport avec l'écorce cérébrale. Elle peut être causée par *excitation directe* des centres sub-corticaux, la compression agissant dans les parties profondes; *par excitation réflexe*, comme l'auteur en cite une observation. A la suite d'un effort musculaire considérable suivi d'une sensation de rupture dans la main, un étudiant présenta des crampes cloniques de la main, de l'avant-bras et du bras. Enfin, l'*excitation automatique* peut causer l'épilepsie jacksonienne, telle une observation d'anémie : l'épilepsie jacksonienne et l'anémie ont disparu à la suite de la médication reconstituante.

En résumé, l'auteur considère l'épilepsie jacksonienne comme étant due à l'*excitation des centres sub-corticaux* des mouvements, que cette excitation soit de cause centrale, réflexe ou automatique. Elle diffère des mouvements volontaires en ce que sa cause n'est jamais psychique, et l'excitation centrale qui peut la produire est un fait matériel tel que la compression. J. DAGONET.

Du traitement des maladies de la gorge et du larynx. — Etudes cliniques; par le Dr CARL MICHEL (de Cologne), ouvrage revu spécialement par l'auteur pour l'édition française et traduit de l'allemand par le Dr R. CALMETTES. — Bruxelles, A. Manceaux, éditeur, 1884.

Cet ouvrage constitue pour le praticien comme pour le spécialiste, un guide précieux pour les maladies de la gorge, sans faire double emploi, avec les traités de laryngologie, la plupart des chapitres étant consacrés à des études de séméiologie. Le premier, par exemple, concerne les troubles de la déglutition; nous y trouvons entre autres l'étude de l'angine épiglottique antérieure qu'on ne peut diagnostiquer qu'au laryngoscope et celle des ulcérations du pharynx buccal et nasal. « Chez tout individu, conclut l'auteur, qui se plaint de souffrir depuis des semaines et des mois en avalant, il doit exister sur le voile, sur les amygdales, dans le pharynx (nasal ou buccal), plus rarement dans le larynx, une ulcération superficielle ou profonde qui disparait immédiatement par le traitement antisyphilitique. Signalons encore le chapitre intitulé : *De la pseudo-laryngite chronique*, où l'auteur, par une étude approfondie, distingue les différents états morbides qui simulent cette affection. Il conclut ainsi : « en scrutant avec soin les dires du malade, en recherchant si la toux est volontaire ou involontaire; si la sécrétion est normale ou pathologique, si elle provient d'en bas ou d'en haut, on arrivera à faire un diagnostic précis qui éliminera le plus souvent une lésion du larynx que l'on tend à admettre aussitôt bien à tort. » De même dans le chapitre *enrouement*, nous voyons combien la parésie des cordes vocales est fréquente et que c'est elle, bien plutôt que la laryngite chronique, qui constitue la véritable cause de l'épuisement des chanteurs.

Au point de vue thérapeutique, ce petit ouvrage n'offre pas moins d'importance. On y trouve le traitement de la pharyngite hypertrophique et de l'hypertrophie des amygdales par le galvano-cautère, l'emploi de l'electricité dans la paralysie laryngée, la manière de pratiquer les exercices vocaux, des préceptes pour l'articulation, pour l'émission de la voix, l'épreuve de l'iodure de potassium dans les ulcérations laryngées en apparence tuberculeuses et dont la réaction, à l'iodure, démontre la nature syphilitique. Enfin, au point de vue chirurgical proprement dit, nous trouvons le traitement des néoplasmes laryngés par la pince, le couteau, l'écraseur, le galvano-cautère, suivis d'un chapitre important sur le procédé opératoire et les moyens d'obvier aux obstacles ordinaires dans ces opérations.

Un résumé du traitement de la phtisie laryngée, d'après Schech, auquel l'auteur avait fait allusion dans son livre, vient terminer cet intéressant ouvrage que nous ne saurions trop recommander à tous les praticiens.

Il pensiero nell'unita del disegno organico della natura, correlazioni con la clinica freniatrica. — Prelezione del prof. B. SALEMI-PACE. — Palerme, 1884.

La pensée est une fonction propre du cerveau uni aux autres parties du système nerveux, fonction qui se manifeste sous forme de tous les actes psychiques conscients. Tout le système nerveux en somme concourt à la formation de la pensée, l'appareil du grand sympathique, l'appareil périphérique sensoriel, l'axe médullaire, enfin le cerveau où toute l'activité physico-chimique de la matière se spiritualise pour ainsi dire, et subit une dernière et suprême transformation en actions physiques conscientes. Tout se tient dans le système nerveux au point de vue physiologique et l'on ne fait que d'aller graduellement du simple au composé en passant des réflexes inconscients et involontaires du sympathique aux réflexes complexes, volontaires, conscients qui s'opèrent dans les hémisphères cérébraux et d'où jaillit la pensée. Plus le système nerveux sera développé, plus la pensée sera parfaite et dans toute la série zoologique on peut voir que les fonctions du cerveau, que la pensée sont d'autant plus parfaites que le système nerveux est anatomiquement plus développé. Aussi l'étude des maladies mentales n'est-elle en somme que l'étude du système nerveux, du cerveau en particulier, et tout aliéné par suite doit toujours être examiné aussi bien au point de vue physique qu'au point de vue psychique. — Tous les phénomènes psychiques se réduisent en dernière analyse à la sensation : sous l'influence de l'excitation cérébrale que celle-ci détermine, ou par suite du rappel par la mémoire de sensations antérieures il se produit dans le cerveau quelque chose d'analogue à ce que dans d'autres parties du système nerveux, on a désigné sous le nom de phénomènes d'arrêt ou d'excitation. Alors interviennent dans ce sens l'attention, la réflexion, puis la volonté, résultante d'un conflit d'actions réflexes centrales antagonistes, d'excitation ou d'arrêt, dont la plus intense détermine l'acte. Ces réflexions conduisent le professeur Salemi-Pace à l'hypothèse de l'existence dans les lobes frontaux de centres modérateurs pour l'attention, le jugement, la réflexion, et à considérer comme excitateurs les centres psycho-moteurs et psycho-sensoriels, ces deux ordres de centres étant à l'encéphale ce que les nerfs excitateurs et modérateurs sont au système nerveux périphérique. Ce serait dans le conflit des actions opposées de ces centres qu'il faudrait alors chercher l'explication des lésions de l'attention et des étranges maladies de la volonté. Ce mémoire se termine par des considérations fort judicieuses et que, pour notre part, nous partageons pleinement, sur l'avantage de la méthode expérimentale substituée aux doctrines métaphysiques et sur l'avenir de la psycologie morbide, du moment qu'elle s'appuiera sur les données de la psychologie physiologique. J. SÉGLAS.

VARIA

Le choléra.

Toulon. — On a constaté dans cette ville : 2 décès le 17 septembre ;— 4 décès dans les faubourgs le 19 septembre ; — 5 décès le 22 septembre.

	MARSEILLE.		PHARO.		
	Cas.	Décès.	Entrées.	Guérisons.	Décès.
17 septembre	»	9	»	2	1
18 — . .	»	4	1	4	»
19 — . .	»	5	»	3	»
20 — . .	»	5	»	»	»
21 — . .	»	3	»	»	»

Espagne. — On a constaté dans toute la péninsule : 889 cas et 360 décès le 16 septembre ; — 907 cas et 297 décès le 17 septembre ; — 949 cas et 323 décès le 19 septembre ; — 836 cas et 349 décès le 20 septembre ; — 651 cas et 260 décès.

ITALIE.

PROVINCES :	16 SEPTEMBRE.		17 SEPTEMBRE.		18 SEPTEMBRE.		19 SEPTEMBRE.		20 SEPTEMBRE.		21 SEPTEMBRE.	
	Cas.	*Décès.*	*Cas.*	*Décès.*	*Cas.*	*Décès.*	*Cas.*	*Décès.*	*Cas.*	*Décès.*	*Cas.*	*Décès.*
Palerme	38	20	132	60	221	160	258	185	185	123	216	117
Parme	20	6	»	»	16	6	9	5	6	3	6	6
Reggio-Emilia . . .	»	»	»	»	2	1	»	»	»	»	2	»
Gênes.	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»
Livourne.	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»
Massa-Carrare . . .	»	»	»	»	1	1	»	»	»	»	»	»
Rovigo	»	»	»	»	»	»	3	3	2	1	»	»
Ferrare	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	4	»
Pavie	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	3	2

En Espagne et en France la décroissance de l'épidémie continue; en Italie au contraire le choléra semble prendre des proportions inquiétantes. En Sicile, des scènes sauvages rappelant le moyen-âge ont été signalées dans différentes villes ; des médecins ont été attaqués, des désinfectants détruits, des gares démolies, etc. ; la population invoque toutes les saintes du paradis, entre autres la patronne de la ville de Palerme ; l'épidémie n'en croit pas moins. On s'étonne de voir encore à notre époque se renouveler des scènes pareilles, mais ici il ne faut pas oublier que nous avons affaire à des populations ignorantes et crédules, et imbues des idées religieuses les plus absurdes. Toutes ces scènes honteuses pour l'humanité disparaitront à mesure que l'on répandra l'instruction et que l'enseignement de l'hygiène remplacera l'enseignement du catéchisme et de l'histoire sainte.

Le combat des cellules et des bactéries ; par le Dr Virchow. Traduction par le Dr Vogt (1).

L'histoire actuelle du bacille-virgule nous a montré combien il est difficile, même avec les instruments et les méthodes perfectionnés dont nous disposons, d'arriver à un résultat définitif; je pense que chaque observateur impartial trouvera que j'ai eu raison de toujours prêcher, quand par suite d'hypothèses on développait outre mesure la théorie parasitaire. Ce n'est qu'au moment de la découverte de bacilles du charbon par Pollender, Davaine et Brauell (1854-57), des coecus de la variole et vaccine par Keber (1868) et des spirilles de la fièvre récurrente par mon ex-assistant Obermeier (1873), que toute l'étiologie parasitaire des maladies infectieuses a pris un corps, ce que j'ai fait ressortir plus clairement dans mon discours sur les progrès de l'art de la médecine militaire (*Ges. Abh.*, vol. II, p. 175) et ces *Arch.*, 1880, vol. LXXIX, p. 207. On eut alors les premiers exemples probants de maladies produites par des schizomycètes spécifiques trouvés dans le sang, et les théories vagues et hypothétiques jusqu'alors eurent une base sérieuse.

Les archives ont toujours été ouvertes à tous les progrès dans ce sens. Depuis les travaux de Brauell (*Arch.* 1857, vol. XI, p. 152 et 1858 vol, XIV, p. 432) et de Keber (*Arch.*, 1868, vol. XLII, p. 112) jusqu'à ce jour, elles ont publié toute une série de travaux bactériologiques importants. J'espère que cet exemple sera suivi par beaucoup de chercheurs et je suis tout prêt à continuer à favoriser ces travaux. Il y a encore beaucoup à faire. Pour toute une série de maladies infectieuses et contagieuses (justement dans les plus communes) la preuve de l'existence de microbes spécifiques manque ; on est obligé de supposer leur existence. Malgré cela, cette preuve n'est que la première étape sur le chemin de la connaissance des processus pathologiques.

Il est vrai que beaucoup de savants ont l'air de ne pas vouloir se douter que la preuve de l'existence d'une bactérie ou d'un microbe, n'est pas un bien grand résultat ; ni la pathologie, ni la thérapeutique ne peuvent s'en contenter. Quel avantage a-t-on obtenu de la découverte du spirille pour la connaissance ou la thérapeutique de la fièvre récurrente ? Quelle a été l'influence de la découverte des micrococcus dans la lymphe et les organes, sur l'histoire de la variole et de la vaccine? Si les succès de Pasteur, avec des vaccinations préservatrices dans plusieurs maladies infectieuses, n'étaient pas venus, l'unique intérêt pratique de ces questions eût été dans le pansement de Lister, et, ne l'oublions pas, ce pansement procède bien plutôt d'un trait de génie divinatoire que de recherches strictement scientifiques préalables.

(1) Voir *Progrès médical* no 38.

Malgré cela, les microbes sont devenus le point saillant de l'intérêt scientifique en médecine ; ils préoccupent les pensées et même les rêves de beaucoup de vieux médecins et de tous les jeunes ou à peu près. Les cellules sont à peu près oubliées. Je ne puis résister à l'envie de transcrire ici quelques passages typiques d'un journal de Paris; ils donnent un corps à l'état des esprits actuels :

« La pathologie cellulaire a vécu. Notre corps n'est plus cette « république de cellules vivant chacune d'une vie propre, souvent dangereuses par leurs ambitieuses menées, par leurs tendances envahissantes » pour le corps social qui les renferme. C'était la république chère au professeur allemand Virchow. Détrônée, votre république cellulaire, grand maître ! Elle aussi fut accusée... tonkinades pathologiques, et elle succombe sous le verdict de la mode... parasitaire. A bas les cellules ! vivent ces êtres indépendants, infiniment petits, mais prolifiques, avec caractères de race, vivant dans les milieux différents les uns des autres, venant du dehors, périclitant comme des soudaniens dans l'organisme, le ravageant par le droit d'invasion et de conquête sans souci de parenté ou d'alliance. (*Le Journal médical quotidien*, 1885, no 6, p. 3) (1).

Les pauvres petites cellules ! Elles étaient tombées quelque temps dans l'oubli. Beaucoup de ceux qui rendaient invisibles les cellules au moyen de son abbé-Zeiss, pour ne voir que les microbes colorés, pouvaient croire que les cellules « ne devaient plus être prises en considération. » Mais elles sont encore là et elles sont, disons-le franchement, toujours encore le principal. Mais elles sont patientes, elles attendront, leur temps reviendra, quand les travaux médicaux auront réparé les brèches de la science botanique. Alors l'activité cellulaire reviendra prendre sa place au premier rang dans les questions scientifiques et pratiques.

Peut-être tout cela est-il trop généralisé, car au fond, à chaque nouveau parasite le spectacle recommence. On découvre le parasite, puis ses conditions d'existence, puis vient la question : comment produit-il la maladie? Ce n'est qu'alors que la question rentre dans la pathologie, la même que celle qu'on connaissait jadis. L'histoire de la phthisie nous le prouve admirablement. Quand Koch trouva son bacille, on a cru de maints côtés que toutes les pénibles recherches d'antan étaient superflues. Unité du bacille, donc unité de la phthisie. La tuberculose pulmonaire est identique à l'hépatisation caséeuse; la tuberculose ganglionnaire avec la scrofule, etc. Cette belle unité n'a pas duré longtemps. La phthisie pulmonaire est restée ce qu'elle était : un processus compliqué, commençant de mille façons, tantôt par la muqueuse de l'arbre aérien, tantôt à l'intérieur des alvéoles, tantôt dans le parenchyme pulmonaire et produisant tantôt de l'inflammation, tantôt des néoplasmes spécifiques ; qui veut y voir clair doit apprendre un peu plus que la méthode de coloration des bacilles. Le bacille a si peu avancé la compréhension de la tuberculose, qu'au bout de fort peu de temps on en est revenu à rechercher la prédisposition et l'immunité. Ces recherches, je les fais depuis une trentaine d'années. A la séance de la *Société physico-médicale de Wurzbourg*, du 14 février 1852 (*W. Verh.*, vol. III, no 98) je parlai « des différences entre la phthisie et la tuberculose, et m'appesantis sur la prédisposition à la phthisie. Tout cela est oublié, mais je peux

(1) Nous ferons observer que cette citation est empruntée à un journal éphémère sans valeur et complètement inconnu du public médical français. (*Note de la Réd.*).

bien dire que je vois avec joie qu'après le premier enthousiasme bacillaire on rentre bien vite dans le sentier de recherches qui semblait jadis être le bon. Il me semblait souvent que les écrivains post-bacillaires me copiaient, tellement me paraissaient connues certaines expressions; mais je n'accuserai personne. J'ai si souvent parlé de tout cela dans mes cours, que la connaissance de ces faits est parvenue dans le cercle de ceux qui n'ont jamais lu ma communication de 1852. Je voulais seulement montrer ici que la connaissance du bacille, nécessaire pour la compréhension intégrale de l'étiologie d'une maladie, n'en explique en rien le processus lui-même et ne rend pas inutile une recherche spéciale dans ce sens.

Cela est encore bien plus évident pour la lèpre. La preuve de l'existence de bacilles a exclu toute autre explication de l'affection, mais n'a engendré aucun progrès pour le diagnostic, le pronostic et le traitement; nous en resterons là tant qu'on aura simplement ajouté quelques bacilles aux cellules lépreuses dans les manifestations localisées de l'affection.

Ce qu'il faut éclairer avant tout en pathologie, c'est *le combat des cellules contre les microbes parasitaires*, ou, pour abréger, *contre les bactéries*; deux microorganismes sont là en présence : d'un côté les cellules microscopiques, les éléments vitaux du corps lui-même, et de l'autre les champignons, encore plus petits les microphytes. Chaque partie a sa vie propre, son activité et ses forces propres. Lequel est l'assaillant? Comment attaque-t-il ? L'autre résiste-t-il, et comment? Lequel des deux sera détruit? Voilà les questions à résoudre. C'est une vieille hypothèse, que la maladie est un combat. SCHULTZ-SCHULTZENSTEIN a appelé la maladie un combat entre la vie et la mort. Cela suffisait pour les *Hégéliens*. Mais la vie en elle-même ne peut combattre, mais bien l'être vivant, et la mort n'est pas un adversaire positif, mais seulement une négation. SCHŒNLEIN l'avait bien compris, il faisait combattre le corps vivant contre des influences cosmiques et telluriques; il n'a pas pu élucider la question, mais ses idées sur la réaction, et le développement de la théorie parasitaire dans les œuvres de ses élèves montre qu'il touchait à la vérité.

Nous savons maintenant quelques détails sur les propriétés des cellules, en plus de ce que nous savons sur les parasites végétaux, mais cela est insuffisant. Mais la réaction vitale de la cellule est bien mieux connue que l'action du parasite, et c'est pourquoi l'intérêt scientifique s'attache à ce dernier. J'ai précisé cette question dans une conférence sur les *lazareths* et *baraques*, que je fis vers la fin de la guerre, le 8 février 1871, à la *Société médicale de Berlin* (*Berl. klin. Woch.* 1871, n° 10). Je renverrai ceux que cette question intéresse, à cette conférence, qu'on trouvera dans mes *Gesammelten Abhandlungen aus dem Gebiete der öffentlichen Medicin*, vol. 2, n° 58. Je ferai ressortir que je distinguais entre les effets produits par l'organisme vivant parasitaire en lui-même, et les effets produits par les substances toxiques auxquelles il peut donner naissance. Cette idée est plus exploitée encore dans mon discours sur les progrès de la médecine militaire (*Ges. Abh.*, p. 185), et dans un travail des *Arch.*, 1880, vol. LXXIX, p. 211. La démonstration chimique des ptomaines a prouvé combien cette idée est juste. La question, d'abord purement d'ordre botanique, devient de plus en plus d'ordre chimique.

Il va falloir maintenant examiner les cellules vivantes sous le rapport de leur force de résistance et du mécanisme de leur combat défensif. METSCHNIKOFF (*Arch.* 1884, vol. XCVI, p. 177, vol. XCVII, p. 502) a fait un travail remarquable, décrivant l'entrée du parasite dans les cellules et ce qu'il devient, en insistant sur sa digestion par les cellules. On a émis des objections contre cette manière de voir, avec quelque raison; c'est surtout la vigueur avec laquelle peut attaquer le parasite que l'auteur n'a pas assez fait ressortir. Mais il est bien évident que là est la vraie voie. Metschnikoff a eu le grand talent de partir pour ses recherches d'observations faites sur de petits animaux aquatiques. On peut très bien les étudier sans changer beaucoup leurs conditions d'existence et en les laissant dans l'eau. Les plus petits animaux marins, à l'état parfait ou de larves, sont les meilleurs sujets d'expériences dans ce but, et j'espère que les stations zoologiques feront rentrer ces travaux dans leur cadre scientifique. *Dohrn* (station de Naples. note du traducteur) s'est empressé de se mettre à ma disposition, et j'attire l'attention des pathologistes sur ce fait.

Cette question arrive ainsi, à ce que je crois, logiquement à rentrer dans le courant de la pathologie cellulaire. Il n'y a pas besoin de changer de méthodes scientifiques, pour assurer une place aux nouvelles découvertes, dans le domaine actuellement connu. Puissent les nouveaux faits être aussi nombreux que possible! Il y a quelque temps (*Arch.* 1880, vol. LXXIX, p. 1 et 185) je m'étais donné la tâche, en distinguant avec soin l'étiologie de la pathologie, de rabaisser un peu au niveau normal l'étiologie, trop fortement mise en lumière par la connaissance des nouveaux microphytes parasitaires. Que personne ne croie que je dédaigne ces causes. Chaque nouvel appoint dans ce sens sera le bienvenu pour moi Mais n'oublions pas que l'étiologie n'est que l'avant-coureur de la pathologie, et que cette dernière n'a terminé sa tâche que lorsque le processus complet de la perturbation de l'activité vitale est éclairci.

Ces Archives continueront à élucider ces questions. Il n'y a donc pas besoin de programme nouveau. L'ancien ne s'usera pas de sitôt, il survivra aux savants qui travaillent actuellement. Nous aurons fait notre devoir, si nous élevons un nombre suffisant de travailleurs, qui continueront avec ardeur la tâche entreprise. (*Archiv. für pathologische Anatomie und Physiologie und für klinische Medicin*, Bd. CI, H. 1, p. 1 à 13).

Une citation de J. Riolan.

Voici comment Riolan, professeur du roy en anatomie (XVIIe siècle) encourageait les « grands de ce monde » à faire pratiquer leur autopsie. « Néron, cet infâme prince qui souilla ses mains dans le sang de sa mère, n'est peut-estre pas à blasmer de ce qu'il en fit ouurir le corps, pour considérer le lieu de sa premièro demeure. Pleust à Dieu que les austres monarques du monde allassent quelques fois apprendre là dedans la vraye origine de l'homme. O! qu'ils auroient bien tost recogneu le subiect qu'ils peuuent auoir de faire tant d'estat de leurs personnes, eux qui en effect ne sont qu'vn bouillon de semence, ramassé et lasché par vne boutade de lubricité dans la matrice qui ne peut estre qu'vne très-sale partie, pour auoir deux puants vaisseaux auprès de soy : celuy de l'vrine et celuy des excremens du ventre. Jugez par là de l'importance de nostre premier logement, qui après auoir esté formez d'vne matière puante et corrompue, sommes, pour comble de misère, renfermez pendant neuf mois dans un sale cachot, et contraincts à nous veautrer perpétuellement comme pourceaux, entre le pissat, et tout ce qu'il y a de plus sale dans vn corps. »

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 13 septembre au samedi 19 septembre 1885, les naissances ont été au nombre de 1222 se décomposant ainsi: *Sexe masculin*: légitimes, 444; illégitimes, 136. Total, 610. — *Sexe féminin* : légitimes, 447; illégitimes, 165. Total, 612.

MORTALITÉ A PARIS.— Population d'après le recensement de 1881: 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 13 septembre au samedi 19 septembre 1885, les décès ont été au nombre de 901, savoir : 459 hommes et 442 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 9, F. 16, T. 25. Variole : M. 2, F. 0, T. 2. — Rougeole: M. 4, F. 5, T. 9. — Scarlatine : M. 0 F. 2 T. 2. — Coqueluche : M. 2, F. 2, T. 8. — Diphthérie, Croup : M. 12 F. 4, T. 16. — Dyssenterie : M. 1, F. 0, T. 1. — Erysipèle: M. 2, F. 0 T. 2. — Infections puerpérales : 5 — Autres affections épidémiques : M. ., F. ., T. .. — Méningite tuberculeuse et aiguë: M. 12 F. 20, T. 32. — Phthisie pulmonaire : M. 102, F. 79, T. 181. —Autres tuberculoses : M. 11, F. 10, T. 21. —Autres affections générales : M. 28, F. 48 T. 76.— Malformations et débilité des âges extrêmes: M. 15, F. 16, T. 31. — Bronchite aiguë : M. 3, F. 5, T. 8. — Pneumonie: M. 24, F. 27, T. 51. —Athrepsie : M. 60, F. 53, T. 113. — Autres maladies des divers appareils : M. 147, F. 140, T. 287. — Après traumatisme : M. ., F. ., T. .. — Morts violentes : M. 17, F. 6, T. 23.— Causes non classées M 8, F. 4, T. 12.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 109 qui se décomposent ainsi: *Sexe masculin* : légitimes, 45; illégitimes, 22. Total : 67. — *Sexe féminin* : légitimes, 28 ; illégitimes, 41. Total : 42.

CONCOURS DE L'INTERNAT. — Le jury se compose de MM. Gougenheim, Brault, Damaschino, Pozzi, Campenon, Blum, Ribemont; aucun membre du jury n'ayant encore accusé réception de la lettre d'avis, on ne peut encore savoir si tous accepteront.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — Sont désignés pour pro-

fesser pendant l'année scolaire 1885-1886, MM. les agrégés et chargés de cours : *Cliniques*. — MM. Rohmer : clinique ophthalmologique ; Demange : clinique des maladies des vieillards ; Spillmann : clinique des maladies syphilitiques ; A. Hergott : clinique des maladies cutanées et scrofuleuses ; Langlois : clinique des maladies mentales. — *Semestre d'hiver* (Cours). MM. Bagnéris : cours complémentaire de physique médicale ; Garnier : chimie minérale et chimie organique ; Macé : histoire naturelle médicale ; A. Hergott : accouchements. — *Exercices pratiques*. MM. Garnier : manipulations chimiques ; Macé : histoire naturelle et botanique ; Baraban : histologie ; Rohmer : bandages et appareils ; Spillmann : méthodes d'exploration médicale ; Schmitt : conférences pratiques sur les maladies des enfants. — *Semestre d'été* (Cours). MM. Bagnéris : physique médicale (cours complémentaires) ; Garnier : chimie analytique et toxicologique ; Macé : botanique ; Béchet : pathologie externe ; Demange : pathologie générale. — *Exercices pratiques*. MM. Garnier : conférences analytiques de chimie biologique et manipulations ; Macé : botanique ; Baraban : histologie normale ; Spillmann : méthodes d'exploration médicale ; Hergott : médecine opératoire obstétricale ; Schmitt : conférences sur les maladies des enfants ; Rohmer : bandages et appareils.

EXPOSITION D'ANVERS. — Les récompenses suivantes ont été attribuées par le jury international aux exposants français dans la classe des produits chimiques et pharmaceutiques : *Diplômes d'honneur* : MM. Gennevois et Ce, pharmacie centrale de France ; — *Médailles d'or* : MM. Chassaing, Desnoix, Limousin ; — *Médailles d'argent* : MM. A. Beslier, Capgrand-Nothes, Catillon, Chassevant, Defresne, Duperron, Rigollot, Thévenot ; — *Médailles de bronze* : MM. Lautreville, Le Beuf, Phénol-Bobœuf. (*Union méd.*).

ISOLEMENT DES CONTAGIEUX.—Le *Bureau municipal d'hygiène* de Pau vient de prendre une excellente mesure en faisant acquisition, sur la proposition de notre collaborateur M. le Dr de Musgrave Clay, d'une *ambulance mobile d'isolement* (système Tollet) et d'une *étuve à désinfection*. Le tout n'a entraîné qu'une dépense de 6.600 fr. Il est à désirer que le conseil municipal de Paris fasse un essai des tentes mobiles de Tollet, avant de se lancer dans la création d'hôpitaux coûteux.

STATISTIQUE. — *Egypte*. D'après le *Phare d'Alexandrie* du 10 septembre, la population de l'Egypte serait de 6.806.381 habitants. — *Constantinople*. Suivant le même journal, la population de Constantinople serait de 871.562 habitants, dont 508.811 hommes et 364,751 femmes. La population européenne s'élève à 129.243 habitants dont 101.205 hommes et 28.038 femmes.

RECRUTEMENT *du personnel auxiliaire du service de santé de la marine*. — Plusieurs emplois de médecin auxiliaire de 2e classe et d'aide-médecin auxiliaire sont actuellement vacants dans le service de santé de la marine, aux colonies. Les emplois de médecin auxiliaire de 2e classe peuvent être attribués, sans concours, à des candidats munis du diplôme de docteur en médecine ; les étudiants en médecine possédant au moins huit inscriptions pour le doctorat peuvent être pourvus d'une commission d'aide-médecin auxiliaire, mais seulement après avoir satisfait aux épreuves indiquées ci-après : — 1er *examen* (verbal) : 1re partie.— Anatomie descriptive (myologie, angéiologie, névrologie, splanchnologie) ; — 2e partie. — Préparation d'une pièce d'anatomie ; — 2e *examen* (verbal) : Eléments de pathologie interne, Séméiotique. — 3e *examen* (verbal) : Chirurgie élémentaire (théorie et pratique) ; — 4e *examen* (écrit) : Matière médicale. — Pharmacologie. — Ces épreuves sont subies, aux choix du candidat, à Brest, Rochefort ou Toulon. Les candidats à l'un ou à l'autre de ces deux emplois devront être Français ou naturalisés Français, et n'avoir pas dépassé l'âge de 31 ans. — Leur demande, qui sera adressée au ministre de la marine, devra être accompagnée des pièces ci-après : 1° Une copie de leur acte de naissance ; 2° Un certificat de bonnes vie et mœurs ; 3° Un certificat faisant connaître leur situation au point de vue de la loi sur le recrutement ; 4° Leur diplôme de docteur en médecine, ou un certificat attestant qu'ils ont obtenu ce diplôme ; les étudiants en médecine devront produire un certificat indiquant le nombre de leurs inscriptions pour le doctorat. Après une année de services et sur la proposition de leurs chefs hiérarchiques, les médecins auxiliaires docteurs en médecine peuvent être nommés, sans concours, au grade de médecin entretenu de 2e classe de la marine. — Les aides-médecins auxiliaires, après trois années de services, peuvent concourir pour ce grade, bien que n'étant pas pourvus du diplôme de docteur en médecine. La solde coloniale annuelle est de 4.547 fr. pour les médecins auxiliaires de 2e classe, et de 3.069 fr. pour les aides-médecins auxiliaires.

NECROLOGIE. — Le *Journal de médecine de Bordeaux* annonce la mort du Dr Pierre ASTÈS, âgé de 86 ans. — Le *Scalpel* annonce le décès du Dr Joseph FISSE (de Hasselt), le doyen d'âge des médecins de la province de Limbourg ; il était âgé de 88 ans. Les Drs LABOZ, ALÉDO, MARTINEZ, PALACIO, SOLER, GUARDIOLA, TELLEZ, VICEN, et GARCIA Y BOIA, décédés en Espagne à la suite d'attaques de choléra.— L'Allemagne scientifique vient de faire une nouvelle perte en HÆSER, professeur d'histoire médicale et de thérapeutique à Breslau. Né le 15 octobre 1811 à Rome, il obtint le grade de docteur en 1834 ; en 1836, il était privat-Docent à Iéna ; en 1839, professeur extraordinaire, en 1846, professeur ordinaire d'abord à Iéna, puis à Greifswald (1849) et enfin à Breslau (1862). Nous avons de lui : *De influentia epidemica*, thèse, 1834 ; — *Historische, path. Untersuchungen ; als Beiträge zur Geschichte der Volkskrankheiten*, 2 vol., Dresde et Leipzig, 1839-41 ; — *Bibliotheca epidemiographica, sive catælogus librorum.... Conscriptorum*, Iéna, 1843 et Greifswald, 1862 ; — *De radii luis violacei vi magneticâ*, Iéna, 1832 ; — *Die menschliche Stimme, ihre Organe, ihre Ausbildung*, etc., Berlin, 1839 ; — *De Sorano Ephesio episque* περι γυναικειον παθων *libro nuper reperto programmo*, Iéna, 1840 ; — *Ueber den gegenwärtigen Standpunkt der pathologischend Chemie des Blutes u. s. w.*, Iéna, 1846 ; — *Scriptores de sudore anglico superstites*, Iéna, 1847 ; — *Die vaccination und seine neuesten Gegner. Mit besonderer Rücksicht auf Carnot's* ; « *Essai de mortalité comparée et depuis l'introduction de la vaccine en France* », Berlin, 1854 ; — *Diss. de cura ægrotorum publica a christianis oriunda*, Greifswald, 1856 ; — *Geschichte christlicher Kranhenpflege und Flegerschaften*, Berlin, 1857 ; — *Ueber das Sittliche in dem Berufe des Arztes*, Greifswald, 1860 ; — Il fut un des éditeurs des *Archiv für die Gesammte Medicin* (1840), et d'un « *Repertorium für die Cesammte Medicin* (1840-42) ; — Dans *Pitha* et *Billroth* (*Handb. d, allg. u. sp. Chir.*) il écrivit un « *Uebersicht der Geschichte der Chirurgie und des chirurgischen Standes* (1864) et dans la *Deutsche Chirurgie* (1879) ; — Puis il publia : « *Grundniss der Geschichte der Medicin*, 1884 ; — *Zur Geschichte der med. Facultät Greifswald*, 1879 ; — Mais son ouvrage principal est le « *Lehrbuch der Geschichte der Medicin u. der Volkskrankheiten*, » qui depuis 1845 a eu de nombreuses éditions et est certainement le meilleur ouvrage que nous possédions sur cette matière. — Le Dr Hilarion GUÈS (de Marseille). — Le Dr HENRIET, chirurgien des hôpitaux de Paris, ancien prosecteur des hôpitaux, est décédé le 18 septembre, à l'âge de 37 ans, d'une tuberculose pulmonaire dont il était atteint depuis longtemps. Il avait collaboré quelque temps à la *Tribune médicale*. — Le Dr RAMADE (de Targon). — Le *journal de Genève* annonce la mort, à l'âge de 82 ans, de M. John BIZOT, un des doyens du corps médical génevois, ancien élève de la Faculté de Paris, ancien médecin de l'hôpital, homme excellent, très aimé et très estimé, qui fut en son temps un médecin des plus en vogue. Parmi ses états de services figure en première ligne le choléra de 1832 qui ravagea Paris, et dont le Dr Bizot, alors jeune docteur, fut atteint lui aussi, après avoir bravement payé de sa personne.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Publications du Progrès Médical.

PICARD (H.). **Des sondes et de leurs usages.** Brochure in-8 de 16 pages. — Prix : 75 cent. — Pour nos abonnés. . . . . » 50 cent.

REGNARD et LOYE. **Expériences sur un supplicié.** Brochure in-8 de 7 pages. — Prix : 50 cent. Pour nos abonnés. . . . . . » 35 cent.

CATSARAS (M.). **De la curabilité de la sclérose en plaques.** Brochure in-8 de 11 pages. — Prix : 50 cent. Pour nos abonnés . . . . » 35 cent.

Librairie GAUTIER-VILLARS, 55, quai des Grands-Augustins.

Annuaire des eaux minérales de la France et de l'étranger, des bains de mer et de l'hydrothérapie. Vingt-septième année. 1885. — Prix : 1 fr. 50.

Librairie J.-B. BAILLIÈRE, 19 rue Hautefeuille

RATIONALISTE (Un). — Le choléra n'est ni transmissible, ni contagieux. Étude critique et pratique. Volume in-8. de 124 pages. — Prix : 7 fr.

13e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. II. Nº 40 BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 3 OCTOBRE 1885.

Le Progrès Médical

CLINIQUE DES MALADIES NERVEUSES

—

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. CHARCOT.

—

Sur deux cas de monoplégie brachiale hystérique, de cause traumatique, chez l'homme (3e leçon (1) ; — Des paralysies psychiques ;

Recueillie par M. MARIE, chef de clinique, et G. GUINON, interne du service.

Messieurs,

Nous voilà donc en possession déjà de renseignements incontestablement très précieux. Mais il nous est permis de pousser l'analyse plus loin. En effet, au lieu de paralyser le membre entier tout d'un coup, nous pourrons le paralyser partiellement, segment par segment et ces opérations successives, vous allez le voir, nous feront pénétrer, en quelque sorte, plus avant encore dans l'intimité des phénomènes.

Pour en venir là, il nous faut tout d'abord, passez-moi l'expression « *déparalyser* » notre malade. Il nous suffira pour cela de détruire les effets de la suggestion initiale en faisant intervenir une suggestion nouvelle de sens contraire. J'affirme donc à Greuz.... que son bras a cessé d'être paralysé, qu'elle peut de nouveau le mouvoir, comme elle le faisait auparavant. Vous voyez qu'après quelques instants de discussion, le membre a repris en effet toutes les fonctions de l'état normal, tant au point de vue de la motilité qu'en ce qui concerne la sensibilité considérée dans tous ses modes.

Il nous est permis, dès à présent, ainsi que nous l'avons annoncé, de procéder successivement à la production de la paralysie isolée de chacun des segments du membre. En premier lieu, je suggère à la malade l'idée qu'il lui est devenu impossible de mouvoir l'articulation de l'épaule et voici qu'en réalité elle ne peut plus la mouvoir dans aucune direction, tandis qu'elle meut librement toutes les autres jointures à savoir le coude, le poignet, les doigts enfin. De plus sur toute la partie où le mouvement volontaire est aboli, et là seulement, remarquez-le bien, la sensibilité cutanée et profonde est éteinte : Ainsi sur le moignon de l'épaule, les piqûres, les excitations faradiques, etc., ne sont pas perçues ; les mouvements de torsion, de distension, même violents, imprimés à l'articulation scapulo-humérale ne font éprouver aucune douleur, aucune sensation ; j'ajouterai que toutes les notions fournies par le sens musculaire relatives aux mouvements passifs imprimés à cette articulation, font, elles aussi, complètement défaut.

Il ne sera pas sans intérêt, vous allez le voir, de considérer d'un peu près, l'étendue et les limites de cette anesthésie dont nous venons de constater l'existence (Fig. 79, 80. A.). Le département insensible représente en quelque sorte une plaque moulée sur l'épaule et qui rappelle la pièce des armures du XVIe siècle, destinée à protéger cette région. Par en haut la ligne qui limite l'anesthésie remonte au niveau de la base du cou ; elle s'étend en avant jusqu'auprès du bord droit du sternum, englobe le tiers supérieur du sein et se dirige obliquement vers le creux axillaire qu'elle occupe tout entier, se prolongeant même de 4 ou 5 travers de doigt le long de la partie axillaire de la région thoracique. En arrière (A') elle prend une direction presque verticale et s'étend depuis la base du cou jusqu'à trois ou quatre travers de doigt, au-dessus de l'angle de l'omoplate ; dans le sens transversal elle est éloignée des apophyses épineuses d'environ cinq travers de doigt. Le bras presque tout entier est contenu dans la zone

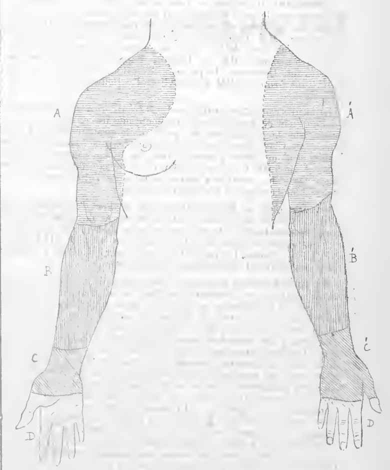


Fig. 79, 80. — Observation de Greuz...

d'anesthésie qui, pour continuer la comparaison de tout à l'heure, semble lui former un véritable brassard. J'appelle particulièrement votre attention sur la façon singulière dont se limite par en bas cette plaque anesthésique. Vous voyez que la ligne déterminée par des piqûres successives et très rapprochées est très nettement circulaire ; elle limite un plan horizontal fictif perpendiculaire à l'axe du membre, situé à deux travers de doigt environ au-dessus du pli du coude en avant et passant en arrière au-dessus de l'extrémité supérieure de l'olécrâne (1).

Tel est le territoire d'anesthésie qui répond à la para-

(1) Voir le *Progrès médical* du 29 août, 12 et 26 septembre 1885.

(1) Voir *Progrès médical*, nº du 12 sept., la note 1, p. 196.

lysie isolée de l'épaule. Nous allons voir les choses se modifier si par le même procédé de suggestion que nous avons employé à l'instant, nous déterminons maintenant la paralysie des mouvements de l'articulation du coude. Aussitôt que, pour cette jointure, l'impuissance motrice est devenue complète, vous voyez que la zone d'anesthésie s'est immédiatement étendue par en bas; elle occupe actuellement non seulement l'épaule et le bras, mais encore le coude et l'avant-bras; sa limite inférieure est constituée par une ligne circulaire horizontale, située à environ deux travers de doigt au-dessus du poignet et déterminant cette fois encore, remarquez-le bien, un plan perpendiculaire au grand axe du membre (*fig.* 79 et 80 *B*, *B'*).

Passons à un autre segment, celui du *poignet*. Là encore, à la suite d'une nouvelle suggestion analogue aux précédentes, la paralysie ne se fait pas attendre, si bien, qu'en ce moment le sujet ne peut plus mouvoir ni son épaule, ni son coude, ni enfin son poignet : seuls les doigts de la main se meuvent librement. En conséquence, la limite inférieure de la zone d'anesthésie se trouve déplacée une fois de plus (*fig.*79 et 80. *C*, *C'*). Vous pouvez constater avec moi qu'elle est maintenant marquée par une ligne horizontale coupant en avant la main dans une direction transversale à peu près au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce; en arrière cette ligne passe notablement plus bas qu'en avant, elle se trouve à quelques millimètres seulement au-dessus de la ligne formée par la tête des métacarpiens, et se retrouve sur le dos du pouce au niveau de l'articulation qui réunit les deux phalanges de ce doigt.

Or, Messieurs, et c'est là où je voulais en venir surtout, il se trouve, vous l'avez sans doute remarqué, que la paralysie que nous venons de déterminer chez Greuz.... par une série de suggestions successives, reproduit jusque dans les moindres détails, les caractères cliniques que présente la monoplégie de notre malade Porc.... En effet dans les deux cas, c'est exactement sur les mêmes segments du membre supérieur, épaule, coude, poignet, que porte l'impuissance motrice, les mouvements des doigts restant parfaitement libres; et, dans les deux cas également, partout où existe la paralysie du mouvement, il y a anesthésie cutanée et profonde, perte des notions du sens musculaire, tandis que les doigts qui ont conservé leurs mouvements ne présentent aucun trouble de la sensibilité. Oui, l'imitation que nous avons obtenue est parfaite; elle s'étend, je le répète, jusqu'aux détails les plus minutieux. C'est ce dont vous pourrez vous convaincre si vous voulez bien, à l'aide de ces schémas que j'ai fait placer sous vos yeux, comparer la disposition qu'affecte le territoire d'anesthésie chez notre sujet hypnotisé, à celle qu'il affecte chez le malade Porc...; vous voyez que ces territoires offrent exactement la même étendue, la même configuration, je dirais presque qu'ils sont *superposables* (*Fig.* 63 *et* 64, *et fig.* 81, 82.)

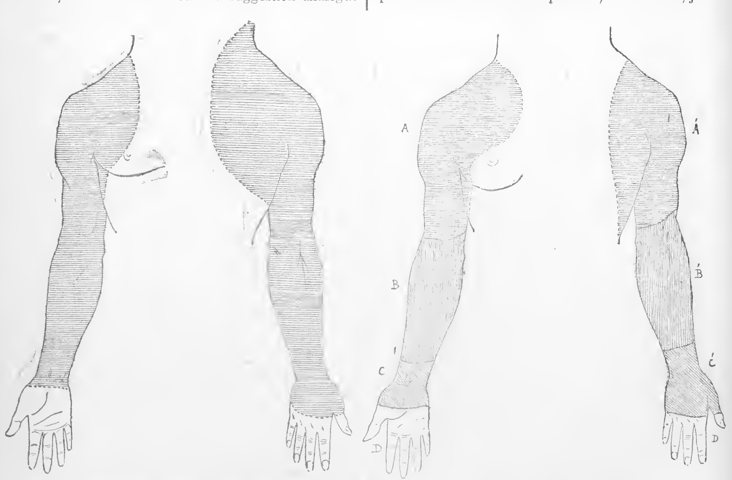


Fig. 81, 82. — Observation de Porcen...

Fig. 83, 84. — Observation de Greuz...

C'est là certainement un fait remarquable; mais nous pouvons aller plus loin encore et compléter, chez Greuz...., la monoplégie, en déterminant par suggestion l'impuissance motrice des doigts, laquelle est, vous le voyez, immédiatement suivie de la perte de tous les modes de la sensibilité dans ces mêmes parties; de telle sorte, que, maintenant, la pa-

ralysie artificiellement produite est redevenue sur tous les points, tant en ce qui concerne les troubles de la sensibilité qu'en ce qui concerne les troubles du mouvement, ce qu'elle était dans notre première expérience, c'est-à-dire exactement assimilable à la monoplégie observée chez notre deuxième malade Pin... (*Fig.* 85 et 86). *Nous avons donc pu, en somme, chez notre hypnotisée, obtenir artificiellement, à l'aide de la suggestion, l'imitation parfaite de la monoplégie, déterminée chez nos deux hommes par un mécanisme en apparence bien différent, l'action d'un agent traumatique.*

Ne perdant pas de vue le but principal que nous nous proposons d'atteindre dans cette série de leçons, je reviendrai dans un instant sur les résultats importants que nous venons de réaliser. En ce moment, je veux

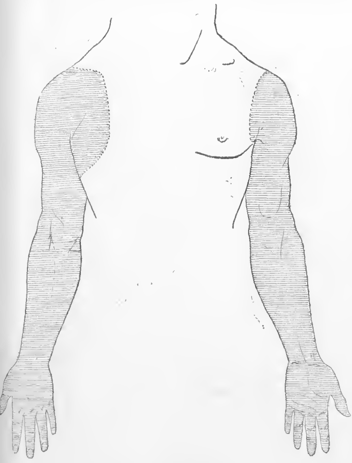


Fig. 85, 86. - Observation de Pin...

vous rendre témoins encore d'un certain nombre de faits de suggestion hypnotique, à l'effet de bien fixer dans votre esprit ceux que nous avons recueillis déjà, et de vous convaincre aussi que ces faits ne sont pas accidentels, formant l'apanage d'un sujet unique dans son genre, mais qu'ils peuvent, tout au contraire, être reproduits absolument sous la même forme, dans un certain nombre de cas. En premier lieu, je vais travailler à « *défaire* » la paralysie artificielle de Greuz.... en opérant segment par segment, comme tout à l'heure, lorsqu'il s'agissait de la produire ; seulement nous allons procéder en sens inverse, c'est-à-dire en commençant par la main ; le tour du poignet, puis celui du coude, celui de l'épaule enfin viendront ensuite successivement. A chaque temps de l'opération vous pouvez constater une fois de plus le mode de distribution de l'anesthésie qui correspond, pour chaque segment, à la paralysie motrice. Actuellement je vais répéter chez une autre hystérique, la nommée Mesl..., toute la série des phénomènes que nous venons de produire chez la nommée Gr.... Mesl... est hémianesthésique à droite ; c'est donc sur le membre supérieur gauche que nous devrons opérer. Les résultats que nous constatons sont, vous le voyez, absolument conformes à ceux que nous avons décrits, à propos du cas de Greuz... ; je n'insisterai donc pas ; j'ajouterai seulement qu'il en serait exactement de même chez plusieurs autres hystériques hémianesthésiques du service que nous avons étudiées, ces jours-ci, à ce point de vue et que je pourrais vous présenter si le temps me le permettait. Toujours chez les sujets de ce genre la paralysie du membre non atteint d'anesthésie, déterminée par suggestion, s'est accompagnée d'anesthésie cutanée et profonde, de la perte du sens musculaire, enfin de la diminution ou de l'abolition des réflexes tendineux, dans les segments du membre frappés d'impuissance motrice (1). On peut cependant, je tiens à le faire remarquer, même chez les hystériques hémianesthésiques, obtenir la paralysie motrice sans accompagnement aucun de troubles de la sensibilité ; il suffit pour cela, ainsi que nous l'avons vu plusieurs fois, de persuader au sujet, au moment même où a lieu la suggestion, que le mouvement seul sera paralysé et que la sensibilité restera intacte. Je ne voudrais pas généraliser hâtivement, à propos d'expériences encore relativement peu nombreuses, mais je dois relever toutefois, que jusqu'ici, je n'ai pas encore observé cette variante sur les hystériques hémianesthésiques, auxquelles j'ai suggéré, *purement et simplement*, la paralysie motrice du membre, *sans rien dire de la sensibilité*. J'ignore, quant à présent, ce qui adviendrait, en pareil cas, chez les hystériques non anesthésiques.

C'en est assez sur ce sujet ; j'en reviens maintenant à l'objet principal de nos études d'aujourd'hui. Vous avez reconnu que la monoplégie de nos deux hommes, Por... et Pin... et celles que nous avons produites à dessein chez nos hystériques, sont, en ce qui concerne les caractères cliniques, non pas seulement comparables entre elles, mais, en réalité, parfaitement identiques : impuissance motrice avec flaccidité des parties, insensibilité cutanée et profonde, délimitation de l'anesthésie par des plans circulaires perpendiculaires au grand axe du membre (2), perte ou diminution des réflexes tendineux, abolition des notions du sens musculaire. Le syndrome est, dans les deux cas, le même absolument.

Il y a cependant à relever sur un point une différence qui, au premier abord, paraît bien profonde. Elle est relative, vous l'avez compris, au mode de production de la paralysie. Chez nos deux hommes, vous ne l'avez pas oublié, la monoplégie reconnaît pour cause occasionnelle, sinon un traumatisme dans l'acception rigoureuse du mot, du moins un choc matériel plus ou moins violent, appliqué sur l'épaule ; tandis que chez nos femmes hypnotisées c'est de la suggestion par la parole que relève la paralysie. Eh bien, Messieurs, cette différence en apparence si radicale, nous sommes en mesure de la faire disparaître. Nous allons, en effet, chez nos hystériques de nouveau hypnotisées, reproduire tous les phénomènes paralytiques que nous avons obtenus tout à l'heure, *non plus cette fois au moyen d'une injonction, mais en faisant intervenir un agent analogue à celui qui a occasionné la monoplégie aussi bien chez*

(1) Ce dernier fait n'est pas constant ; les réflexes tendineux se montrent quelquefois manifestement exagérés.

(2) Voir la note 1, p. 196, *Progrès médical*, n° du 12 septembre.

Por.., que chez Pin... Il s'agit d'un choc appliqué sur la partie postérieure de l'épaule et déterminé tout simplement en frappant brusquement cette région — bien entendu avec une force modérée — à l'aide de la paume de la main. Le résultat, vous le voyez, ne se fait pas attendre; immédiatement la malade tressaille, pousse un cri et, interrogée sur ce qu'elle éprouve, elle accuse dans toute l'étendue du membre supérieur correspondant, une sensation d'engourdissement, de pesanteur et de faiblesse ; il lui semble que le membre frappé *ne lui appartienne plus, qu'il lui soit devenu étranger*. Presque aussitôt d'ailleurs, la paralysie se réalise en effet; elle atteint rapidement son plus haut degré et se présente alors avec tout l'ensemble des caractères cliniques que vous savez.

Ainsi la ressemblance entre les deux groupes de faits que nous comparons l'un à l'autre, se complète, vous le voyez, de la façon la plus saisissante, même sous le rapport pathogénique. Sans doute chez nos deux hommes — chez le cocher dans sa chute de voiture, chez le maçon lorsqu'il a sauté par la fenêtre d'un entresol — le choc matériel a été beaucoup plus énergique ; mais il ne s'agit là, en somme, que d'une question de quantité, non d'une dissemblance foncière, de telle sorte que l'on peut arguer d'une différence d'impressionnabilité des sujets. Sans doute, ajouterai-je, ces deux hommes n'étaient pas en état de sommeil hypnotique au moment de la chute non plus qu'à l'époque un peu postérieure où la paralysie s'est définitivement établie chez eux. Mais, à ce propos, il est permis de se demander si l'état mental occasionné par l'émotion, par le choc nerveux (*Nervous Shock*) éprouvé au moment de l'accident et lui survivant pendant quelque temps, n'équivaudrait pas, dans une certaine mesure, chez les sujets prédisposés comme l'étaient certainement Porc... et Pin..., à l'état cérébral que déterminent chez les hystériques les pratiques de l'hypnotisme (1). Dans cette hypothèse, la sensation particulière accusée par nos femmes hystériques dans le membre soumis au choc, et qu'on peut supposer s'être produite au même degré et avec les mêmes caractères chez nos deux hommes en conséquence de la chute sur l'épaule, cette sensation, dis-je, pourrait être considérée comme ayant fait naître chez ceux-ci comme chez celles-là, l'idée d'impuissance motrice du membre. Or, en raison de l'obnubilation du *moi* produite dans un cas par l'hypnotisme, dans l'autre cas, ainsi qu'on l'a imaginé, par le choc nerveux, cette idée une fois installée, fixée dans l'esprit et y régnant seule, sans contrôle, s'y serait développée et y aurait acquis assez de force pour se réaliser objectivement sous la forme de paralysie. La sensation dont il s'agit aurait donc joué dans les deux cas, le role d'une véritable suggestion (2).

Je vous donne, Messieurs, cette interprétation pour ce qu'elle vaut, sans y attacher plus d'importance qu'elle ne mérite. Je la crois cependant vraiment digne d'être examinée de plus près et soumise au contrôle d'observations plus nombreuses. Je vais d'ailleurs vous rendre témoins d'un nouveau fait qui me semble encore plaider en sa faveur.

Il est des sujets, et peut-être sont-ils plus nombreux qu'on ne le pense, chez qui la plupart des manifestations tant psychiques que somatiques de l'hypnotisme, peuvent se rencontrer à l'état de veille sans qu'il soit nécessaire de faire intervenir les pratiques d'hypnotisation. Il semble que l'état hypnotique qui, pour d'autres, est un état artificiel, soit pour ces singulières créatures, l'état ordinaire, l'état normal, si tant est qu'en pareille circonstance, il puisse être question d'état normal. Ces gens-là, passez-moi le mot, *dorment*, alors même qu'ils semblent parfaitement éveillés; ils procèdent, en tous cas, dans la vie commune ainsi que dans un songe, plaçant sur le même plan la réalité objective et le rêve qu'on leur impose, ou tout au moins, entre les deux, ils ne font guère de différence. J'ai fait placer sous vos yeux, à titre d'exemple, un sujet de ce genre : il s'agit d'une hystéro-épileptique bien connue de vous par nos études antérieures, la nommée Hab... (1). Elle est atteinte depuis longues années d'anesthésie généralisée, complète, permanente et chez elle, les attaques répondent de tout point au type classique. Vous voyez qu'ici, bien qu'on n'ait employé aucune manœuvre d'hypnotisation, par conséquent à l'état de veille, nous pouvons obtenir à la fois et la contracture par la pression exercée sur les masses musculaires, les tendons ou les troncs nerveux (contracture des léthargiques), et l'immobilité cataleptique des membres placés dans les attitudes les plus diverses, et aussi à l'aide de légers frôlements ou de mouvements à distance la contracture somnambulique. Tous ces phénomènes somatiques se trouvent donc chez ce sujet en quelque sorte mélangés, coexistant au même moment, sans distinction de périodes, contrairement à ce qui a lieu dans le grand hypnotisme. Mais au point de vue psychique, ce sont évidemment les caractères de l'état somnambulique qui dominent. Eh bien si, opérant par suggestion verbale, nous affirmons à cette malade, non endormie, je le répète, que son bras droit est paralysé, qu'elle ne peut plus le mouvoir volontairement, nous voyons immédiatement se produire effectivement la monoplégie flasque, douée de tous les caractères que nous avons appris à connaître ; après quoi la simple affirmation qu'elle peut mouvoir son bras, tout à l'heure paralysé, suffit pour que les mouvements volontaires se rétablissent. Enfin, et c'est là le point qui nous intéresse spécialement en ce moment, par la mise en jeu de cette espèce de *suggestion traumatique* dont je vous ai rendus témoins il y a un instant et qui consiste en un choc brusquement appliqué sur l'épaule, vous voyez immédiatement le membre se paralyser de nouveau. Cette fois, l'identité entre la monoplégie artificiellement produite et la monoplégie survenue chez Porc... et chez Pin..., en conséquence d'un traumatisme, n'est plus guère contestable, ce me semble ; tant au point de vue symptomatologique qu'au point de vue pathogénique, elle est parfaite ou peu s'en

(1) C'est très probablement suivant un mécanisme de ce genre que se développent la plupart de ces affections nerveuses variées, souvent si durables et si tenaces bien que ne relevant pas d'une lésion organique, particulièrement étudiées par nos confrères d'Angleterre et d'Amérique sous les noms de « *Railway Spine* » « *Railway Brain* » et dont il a été question dans une précédente leçon (*Prog. méd.*, nº 18, 1885), au moment où j'attirais l'attention sur l'influence qu'exercent les chocs matériels, chez les prédisposés, dans la production des manifestations hystériques même chez l'homme.

(2) En ce qui concerne les sensations produites par le choc, nos deux hommes sont incapables de nous renseigner. L'un d'eux, Pin..., a perdu, en tombant, connaissance un instant, l'autre, Porc..., assure être resté conscient. Ni l'un ni l'autre ne savent dire exactement ce qu'ils ont ressenti dans le membre affecté au moment de l'accident et les quelques jours qui ont suivi. On sait qu'au réveil, pour peu que l'hypnose ait été profonde, les sujets hypnotisés paraissent le plus souvent ignorer absolument les phénomènes qui, dans l'état de sommeil, ont été provoqués chez eux.

(1) J.-M. Charcot. *Lezioni cliniche*, etc., Redatte dal Dr Miliotti. *Lez XX...*, p. 159. *Dello stato di malo istero-epilettico.*

faut, car ni dans un cas ni dans l'autre, les pratiques d'hypnotisation ne sont intervenues ; tout s'est fait à l'*état de veille*. La démonstration, si je ne me trompe, est suffisamment probante et je ne crois pas que dans une recherche quelconque de physiologie pathologique expérimentale, il soit souvent possible de reproduire plus fidèlement l'affection que l'on s'est donné pour but d'étudier.

Les considérations qui précèdent, Messieurs, n'ont pas seulement une portée purement spéculative ; elles nous ont fourni en effet, déjà, certaines déductions pratiques, qui au point de vue thérapeutique en particulier, nous ont été, vous allez le voir, d'une certaine utilité.

Nos deux malades, Por.. et Pin..., sont soumis depuis quelques jours à un traitement régulier, dont je vais vous dire quelques mots. Ce traitement se compose de deux éléments. Pour une part il est en quelque sorte indirect, en ce sens qu'il s'adresse surtout soit à l'état général, soit à la diathèse hystérique. Deux fois par jour Pin... reçoit une douche en jet, générale, froide ; Por..., n'ayant pas pu tolérer la douche, prend trois fois par semaine un bain sulfureux. En outre, tous les deux jours, ils sont soumis l'un et l'autre à l'électrisation statique. Ce dernier agent est destiné surtout, vous le savez, à modifier les troubles de la sensibilité. L'expérience nous a appris depuis longtemps, qu'à la suite du bain électrostatique, la sensibilité, chez la plupart des hystériques anesthésiques reparaît, d'abord pour un instant, pour quelques heures peut-être, puis, à mesure que les séances se répètent, pour un temps plus long, pour plusieurs jours par exemple ; et enfin, par la prolongation du traitement, elle peut se rétablir d'une façon définitive. En outre, en même temps qu'a lieu ce retour plus ou moins durable de la sensibilité, les autres phénomènes hystériques, les attaques, par exemple, se modifient en général favorablement, ou disparaissent (1).

Mais j'appelle surtout votre attention sur la seconde partie de notre traitement ; elle est fondée sur cette idée que nous vous exposions tout à l'heure, à savoir que chez nos deux malades la paralysie se serait produite par un mécanisme analogue à celui qui, chez les hypnotiques, détermine les paralysies par suggestion. Les tentatives diverses d'hypnotisation que nous avons faites chez ces deux hommes, et qui, si elles eussent réussi, auraient sans doute facilité singulièrement notre tâche, étant restées sans succès, nous avons du nous borner à l'emploi des moyens suivants : En premier lieu nous avons agi et nous agissons tous les jours, autant que possible, sur leur esprit en leur affirmant d'une façon formelle — ce dont d'ailleurs nous sommes parfaitement convaincus — que leur paralysie malgré sa longue durée n'est point incurable, et qu'au contraire elle guérira très certainement à l'aide d'un traitement approprié, au bout de quelques semaines peut-être, si ils veulent bien nous y aider (2). En second lieu les membres affectés sont soumis à une gymnastique particulière. Nous mettons à profit les mouvements volontaires qui y subsistent encore, chez les deux malades, à la vérité à un degré très faible, et nous cherchons à en augmenter progressivement l'énergie par un exercice très simple. Un dynamomètre est placé dans la main de chacun d'eux et on le leur fait serrer, de toute leur force, en les exhortant à augmenter progressivement dans chaque expérience le chiffre que marque l'aiguille sur le cadre de l'instrument. Cet exercice est répété, régulièrement à chaque heure du jour, environ trois ou quatre fois. Ces épreuves, Messieurs, je tiens à vous le dire en passant, ne doivent être ni trop prolongées ni trop multipliées. Nous avons remarqué, en effet, que quand les exercices sont poussés trop loin, ou répétés trop souvent, le chiffre maximum marqué par l'aiguille tend à s'abaisser. Il importe donc de savoir attendre ; un excès de zèle, en pareille occurence, aurait pour effet, j'en suis convaincu, en amenant la fatigue, de retarder le résultat attendu.

Nous agissons ainsi, si je ne me trompe, surtout *psychiquement*. On sait que la production d'une image ou autrement dit d'une représentation mentale quelque sommaire et rudimentaire qu'elle soit, du mouvement à exécuter (1), est une condition préalable indispensable à l'accomplissement volontaire de ce mouvement. Or il est vraisemblable que chez nos deux hommes les conditions organiques qui président normalement à la représentation de cette image mentale ont été profondément troublées, au point de la rendre impossible ou pour le moins très difficile, en conséquence d'une action d'inhibition exercée sur les centres moteurs corticaux, par l'idée fixe d'impuissance motrice ; et c'est à cette circonstance surtout que serait due, au moins en grande partie, la réalisation objective de la paralysie (2) ; si cela est, on concevra

(1) J. M. Charcot. *De l'emploi de l'électricité statique en médecine. Conférence faite à l'hospice de la Salpetrière*, le 26 decembre 1880. In *Revue de médecine*, 1881, t. I, p. 147.

(2) L'influence de l'idee sur le mouvement, dit M. Maudsley (*Le corps et l'esprit*, p. 269), est prouvée par la guérison soudaine de paralysies imaginaires (?), due à une injonction énergique. Dans ces cas l'idee du mouvement, la croyance qu'il aura lieu est dans le for interieur le mouvement lui-meme. Elle est le courant nerveux actif qui, dirigé sur les nerfs appropriés, donne réellement lieu au mouvement externe. — L'idée d'un mouvement particulier avait dit Müller, détermine un courant nerveux vers les muscles impliques et produit leur contraction. On sait qu'une intimation soudaine peut avoir quelquefois pour effet de déterminer brusquement la guerison d'une paralysie psychique datant peut-être de fort loin et qui jusque-là, avait résisté à la mise en œuvre des agents thérapeutiques les plus variés. Ainsi, par exemple, l'on fait sortir de force du lit où elle était depuis longtemps immobile, une malade atteinte d'une paraplégie de ce genre : puis, l'ayant placée sur ses pieds, on lui dit : « marchez » et voilà qu'elle marche. C'est là un exemple de guérison « miraculeuse » qui en explique beaucoup d'autres. Rien de mieux établi que ces faits dont, pour mon compte, j'ai été témoin plus d'une fois (*Leçons sur les maladies du système nerveux*, t. 1, 3e édit., p. 356 et suiv. — P. Janet. *Revue politique et littéraire*, n° du 2 aout 1884, p. 131.). On ne saurait toutefois, à mon avis, mettre le médecin trop en garde contre la tendance qu'il pourrait avoir, en se fondant sur la connaissance de ces faits, à prendre volontiers, d'ailleurs dans la meilleure intention du monde, le role de thaumaturge, même lorsqu'il s'agit d'un cas de paralysie psychique bien avéré, l'injonction est un instrument dont on ne connait pas encore bien le mécanisme, et dont, en dehors des faits d'hypnotisation, on ne saurait mesurer la portée. Or, l'insuccès d'une guérison, en pareille circonstance, serait évidemment de nature à compromettre gravement l'autorité de celui qui l'aurait annoncée et peut-être à déverser sur lui le ridicule. « *Never prophesy unless you be sure* », disent les Anglais. Proceder par voie d'entrainement mental lent et progressif sera toujours plus prudent et souvent plus efficace. J. M. C.

(1) Synonymie : Idee, conception du genre de mouvement à executer (James Mill) ; Rappel ideal du mouvement à exécuter (Bain) ; Intuition motrice (Maudsley) ; Faculte locomotrice (W. Hamilton) ; Representation mentale du mouvement à exécuter (Spencer) ; Sentiment d'innervation (Wundt. Meynert). Voir sur ce sujet : James Mill, Bain. *Sens et intelligence*, p. 411, Spencer, *Psychology*, t. 1, Et *Premiers principes*, p. 216, p. 497. H. Jackson. *Clinical and Physiological researches on the nervous system. Reprints (from the Lancet*, 1873). P. 216. — Ribot. *Philosophie anglaise*, p. 280. — Maudsley, *Physiologie de l'esprit*, p. 250. — Wundt. *Physiolog.*, p. 447. — Ferrier. *Functions of the Brain*, cap. XI. — C. Bastien. *Le cerveau organe de la pensée*, t. II, pp. 165, 171 à 176, 196 et l'appendice, p. 278. — Stricker. *Studien ueber die Sprachvorstellungen*. — Wien., 1888, et Ribot, *Rev. philosoph.*, n° 8, aout 1883, p. 188. — Herzen. *The Journal of mental science*, april, 1884, p. 44.

(2) Voir l'*Appendice* placé à la fin de la leçon.

que la répétition des exercices dynamométriques ait pour effet de raviver dans les centres, la représentation motrice condition préalable de la mise en jeu de tout mouvement volontaire, et de fait, ainsi que nous l'avons constaté, ces mouvements tendent à devenir de plus en plus énergiques à mesure que les séances se répètent. Les frictions, les massages, les mouvements passifs imprimés au membre paralysé, ceux aussi que déterminerait la faradisation des muscles; tous ces moyens, dis-je, qui pourraient être mis en œuvre dans le cas où l'impuissance motrice serait complète au commencement du traitement, agiraient dans le même sens.

Quoi qu'il en soit, d'ailleurs, de la théorie, le traitement institué, bien qu'il ait été inauguré il y a 3 ou 4 jours à peine, nous a donné déjà quelques résultats encourageants. Ainsi chez P... le chiffre dynamométrique s'est accru, dans ce court espace de temps, d'une façon remarquable. Il n'amenait que le chiffre 15k quand il a commencé les exercices et vous voyez qu'aujourd'hui il atteint le chiffre 40k. Je vous ferai remarquer en passant l'influence dépressive très accentuée, qu'a chez Pin..., l'occlusion des yeux, sur la force qu'il développe. Le chiffre qu'il obtient, lorsque ses yeux sont fermés, est toujours de 8 à 10k inférieur à celui qu'il donne lorsque, les yeux étant ouverts, il reçoit l'image visuelle du mouvement qu'il exécute. Aussi, dans le but de mettre à profit l'influence dynamogène du centre visuel sur le centre moteur, conseillons-nous à nos malades de regarder toujours très attentivement leur main pendant qu'elle actionne le dynamomètre (1).

Des résultats analogues ont été obtenus chez Por..., bien que chez lui la motilité soit plus fortement affectée que chez Pin..., les mouvements volontaires étant absolument nuls dans l'épaule, le coude, le poignet, et très faibles dans les doigts de la main. En ce qui concerne les grandes articulations, l'impuissance reste la même quand les groupes musculaires qui meuvent ces jointures sont sollicités à agir isolément. Mais le malade ayant répété l'exercice du dynamomètre plusieurs fois déjà en notre présence, nous avons remarqué que, dans chacun de ces exercices, les muscles qui mettent en mouvement les grandes articulations avaient une tendance à se contracter synergiquement. On les voit, en effet, pendant que le malade presse le dynamomètre, dessiner sous la peau des reliefs remarquables. En ce moment même, vous constatez que le poignet fléchi pendant que les doigts pressent l'instrument, présente une résistance bien marquée aux mouvements passifs d'extension ou de flexion qu'on cherche à lui imprimer.

Ces résultats tout imparfaits qu'ils soient encore pour l'instant, sont cependant de nature à nous engager de persévérer dans la voie que nous nous sommes tracée. J'ose espérer même que les choses iront assez vite. Je ne sais si je ne me trompe, mais je pense que dans une quinzaine de jours, un mois peut-être, nous serons fort avancés déjà.

La leçon qu'on vient de lire a été délivrée le 29 mai 1885. Huit jours plus tard, parlant incidemment des deux malades en traitement, M. Charcot s'exprimait en ces termes :

« Je suis heureux de pouvoir vous faire constater les quelques progrès qui, depuis huit jours, se sont accomplis chez nos deux hommes hystériques, en conséquence du traitement que nous avons institué. Chez Pin..., bien que les choses marchent lentement, les progrès sont cependant très réels. Ainsi il y a huit jours le chiffre maximum, marqué au dynamomètre, était de 40k, aujourd'hui il s'élève à 53k. Il s'agit ici du chiffre maximum obtenu dans les divers exercices; la moyenne des chiffres atteints serait un peu inférieure. En même temps que la force dynamométrique s'est accrue, il s'est produit un retour de la sensibilité cutanée dans une région très peu étendue, il est vrai, au niveau de l'épaule.

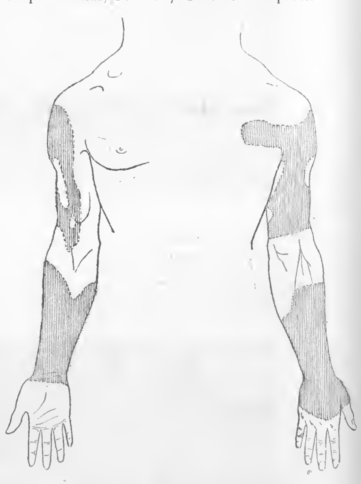


Fig. 87, 88. — Observ. de Porc..., le 7 juillet.

Chez Porc..., la semaine passée, l'aiguille du dynamomètre ne marquait pas au delà de 5k. Cette semaine nous avons gagné quelque chose, car une fois le chiffre 13k a été atteint. En outre la sensibilité cutanée tend à reparaître dans l'aisselle et au pli du coude. En même temps le malade semble récupérer la notion de position au niveau des parties redevenues sensibles du membre. Vous voyez par là que nos prévisions semblent devoir se réaliser. Il ne sera pas sans intérêt de suivre de très près les divers changements qui ne manqueront sans doute pas de se produire dans la suite, chez nos malades, sous l'influence de la prolongation du traitement. »

Ces modifications ont été en effet suivies pas à pas. Chaque jour on a enregistré, heure par heure, le résultat des pressions exercées sur le dynamomètre et tous les jours, également, on a noté les progrès réalisés du côté de la sensibilité. A ce dernier point de vue, l'état est resté presque stationnaire chez Pin... et aujourd'hui

(1) Sur l'influence dynamogène des excitations sensorielles et sensitives, voir les recherches de M. Féré (*Bulletin de la Société de biologie*, avril, mai, juin, juillet 1885. — *Brain*, juillet 1885. — *Revue philosophique*, octobre 1885.

16 juillet il existe seulement deux petites plaques sensibles à la partie postérieure du bras. Au contraire, des changements favorables se sont produits en ce qui concerne la motilité. Pour mieux suivre les progrès réalisés, on a pris jour par jour la moyenne des chiffres obtenus au dynamomètre, d'une part le matin et d'autre part le soir, et à l'aide de ces renseignements on a dressé la courbe ci-dessus (*fig.* 89) (1) :

On voit que pendant la première semaine du traitement (celui-ci a été commencé le 5 juin) l'augmentation de force obtenue a été rapide et considérable, puisque le chiffre s'est élevé de 25^k à 49^k. Dans le courant de la quinzaine qui a suivi, la moyenne a oscillé entre 50^k et 52^k. Huit jours plus tard on atteignait 53^k, et enfin du 3 au 17 juillet le chiffre moyen a varié entre 54^k et 55^k.

On sait que chez Por... l'anesthésie cutanée était absolue au début du traitement (5 juin) sur toute l'étendue du membre, la main exceptée (V. *fig.* 81 et 82 p. 248).

Huit ou dix jours plus tard elle a commencé à reparaître au pli du coude et dans l'aisselle. Le 7 juillet on constate ce qui suit : (*Fig.* 87,88, p. 252). La sensibilité a reparu sur une bonne partie du moignon de l'épaule, en avant et en arrière ; sur la moitié interne de la face antérieure du bras ; des plaques sensibles sont disséminées çà et là sur les parties du bras et de l'épaule encore anesthésiées. La sensibilité s'est rétablie encore au coude, en avant et en arrière, dans une étendue en hauteur de 10 à 12 centimètres environ. Il est remarquable de voir que du côté de la main, la limite de l'anesthésie n'a pas varié d'une ligne. On retrouve au bras, surtout en arrière et à l'avant-bras la tendance que, chez les sujets de ce genre ont les plaques d'anesthésie à se limiter par une ligne circulaire déterminant un plan fictif perpendiculaire à l'axe du membre (1). Sur l'épaule et sur la partie antérieure du bras, les bords de ces plaques sont au contraire inégaux, comme déchiquetés.

En ce qui concerne la restauration des mouvements

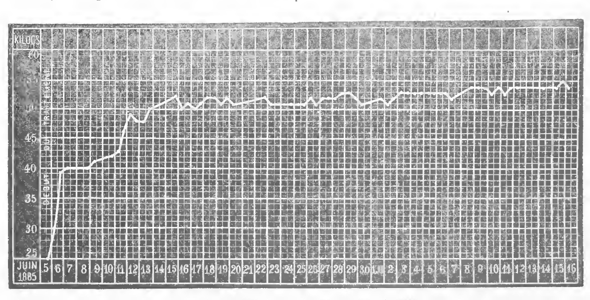


Fig. 89. — Observ. de Pin..., du 5 juin au 16 juillet.

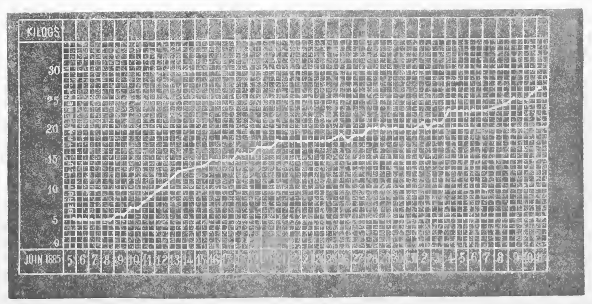


Fig. 90. — Observ. de Por..., du 5 juin au 11 juillet.

(1) Voir *fig.* 89, p. 253.

(1) Voir *Progrès médical*, n° du 12 septembre la note 1, p. 196.

les résultats obtenus chez ce malade ne sont pas moins remarquables (*Fig.* 90). Le 5 juin l'épreuve dynamométrique donnait chez lui 5k seulement ; au bout d'une semaine le chiffre était de 11k; il était de 17k au bout de deux semaines, de 21k quinze jours plus tard. Le 11 juillet, le malade a quitté l'hôpital brusquement; durant la semaine qui a précédé sa sortie la moyenne avait été de 27k.

Il est rendu au moins très vraisemblable, par ce qui vient d'être dit, que si le traitement eut pu être continué, un retour complet de la sensibilité et du mouvement dans le membre affecté eût été bientôt obtenu. Malgré cela, il importe de le remarquer, la guérison du malade n'eût pas sans doute encore été parfaite, car au moment où nous l'avons perdu de vue (11 juillet 1885) les stigmates hystériques — polyopie monoculaire, rétrécissement du champ visuel, hémianalgésie droite, etc. — ne s'étaient en rien modifiés. Chez Pin... il en est de même; malgré l'amélioration très importante qui s'est produite chez lui dans les mouvements du membre supérieur gauche, les divers troubles de la sensibilité et les attaques hystéro-épileptiques persistent à peu près au même degré qu'à l'époque où nous l'avons vu pour la première fois.

APPENDICE (1).

J'ai été conduit à admettre, avec bon nombre d'auteurs, que les représentations motrices qui précèdent l'accomplissement d'un mouvement volontaire, s'effectuent dans les centres moteurs corticaux où elles trouvent leur substratum organique, et plus précisément, dans les cellules nerveuses motrices de ces centres ; elles seraient principalement constituées par le « sentiment d'innervation », de « décharge nerveuse » comme on l'appelle encore et auraient, je le répète, une origine centrale. Les notions fournies par ce qu'on nomme proprement le « sens musculaire » (S. Kinesthétique de Bastian), consisteraient au contraire en des impressions venant de la périphérie, à savoir de la peau, des muscles, des aponévroses, des tendons, des capsules articulaires enfin ; ces impressions s'emmagasineraient dans les centres sensitifs corticaux où pourrait avoir lieu leur rappel idéal. Seules les premières de ces représentations seraient véritablement indispensables à la mise en jeu du mouvement voulu ; les secondes interviendraient, en général, seulement d'une façon consécutive, mais très efficacement cependant, en complétant, dirigeant, perfectionnant pour ainsi dire, le mouvement déjà en voie d'exécution. On sait d'ailleurs par de nombreux exemples que l'image visuelle d'un mouvement volontaire qui s'exécute, contribue puissamment à ce dernier résultat. D'après cela, si les représentations soit kinesthétiques, soit visuelles persistant, les représentations motrices proprement dites venaient à faire défaut, en conséquence d'une lésion survenue dans les cellules nerveuses du centre moteur cortical d'un membre, ou dans les prolongements qui les mettent en rapport avec les centres d'idéation, il s'en suivrait nécessairement, une paralysie complète des mouvements volontaires de ce membre. Dans un livre oublié qui m'a été obligeamment signalé par mon éminent confrère, M. le professeur Janet, Rey Regis, docteur en médecine de la Faculté de Montpellier, avait déjà, en 1789, reconnu l'existence de paralysies motrices dépendant de la perte du *souvenir de la force motrice*, causée par la lésion de certaines parties du cerveau. (*Histoire naturelle de l'âme*, Londres 1789, p. 26 à 28.) On comprendrait par ce qui précède que la suggestion d'impuissance motrice puisse, ainsi qu'on l'a dit (p. 249), déterminer chez quelques sujets, une paralysie motrice complète sans accompagnement d'un trouble quelconque de la sensibilité cutanée ou profonde, et plus particulièrement sans perte aucune des notions fournies par le sens musculaire. Mais souvent, comme nous l'avons fait remarquer, la suggestion de ce genre, en tant du moins qu'elle s'adresse à des hystériques préalablement hémianesthésiques et qu'elle ne s'accompagne d'aucune injonction relative à la sensibilité, cette suggestion, dis-je, est suivie, d'après nos observations, non seulement de la paralysie du mouvement, mais encore de la perte de la sensibilité dans tous ses modes, y compris les notions du sens musculaire. On pourrait dire, que dans ce dernier cas, la paralysie de l'appareil fondamental du mouvement volontaire, entraîne avec elle, en quelque sorte, la paralysie de l'appareil de perfectionnement. Il est vraisemblable, de plus, que dans ces faits de paralysie par suggestion hypnotique, comme dans bon nombre de cas de paralysie hystérique avec flaccidité reconnaissant d'ailleurs peut-être, également, un point de départ psychique, les noyaux gris sous-corticaux et bulbaires ainsi que les cellules nerveuses spinales qui, dans l'état normal, sont en relation directe ou indirecte avec les centres corticaux moteurs, peuvent être affectés plus ou moins profondément, en conséquence d'une diffusion de la lésion de ces centres. C'est ce dont paraissent témoigner et la perte des mouvements automatiques quelle que soit leur origine et aussi l'abolition ou la diminution des actes d'ordre purement réflexe, qui, en pareille occurrence, s'ajoutent à la paralysie des mouvements volontaires.

Les quelques passages qui vont suivre m'ont paru suffisamment caractéristiques, pour montrer l'idée que se font les auteurs auxquels ils sont empruntés, concernant la nature et le siège du processus psycho-physiologique placé à l'origine des mouvements délibérés. « Si l'idée tend à produire le fait, dit M. Bain (*Les Sens et l'Intelligence*, trad. Cazelles, 1874, p. 298), c'est que l'idée est déjà le fait sous une forme plus faible. Penser c'est se retenir de parler ou d'agir ». « Les actions mentales s'accomplissent dans les mêmes cercles (centres ?) que les actions physiques .. Il suffit d'ordinaire d'une volition pour les porter au point où elles mettent en jeu les muscles » (*loc. cit.* p. 305). « Comme les nerfs reçus par les muscles sont principalement des nerfs moteurs qui y conduisent le stimulus émané du cerveau... nous ne pouvons mieux faire que de supposer que la sensibilité concomitante du mouvement musculaire coïncide avec le courant centrifuge de la force nerveuse, et ne résulte pas, comme dans la sensation proprement dite, d'une influence transmise par les nerfs centripètes » (*loc. cit.*, p. 59). « Dans l'acte volontaire, considéré sous sa forme la plus simple, dit M. H. Spencer (*Principes de psychologie*, t. I, trad. Ribot et Espinas, p. 539), nous ne pouvons rien trouver de plus qu'une représentation mentale de l'acte suivie de son accomplissement — une transformation de ce changement psychique naissant qui constitue à la fois la tendance à l'acte et l'idée de l'acte, en un changement psychique positif qui constitue l'accomplissement de l'acte en tant qu'il est mental. La différence entre un mouvement volontaire et un mouvement involontaire de la jambe, c'est que, tandis que le mouvement involontaire se produit sans aucune conscience antécédente du mouvement à faire, le mouvement volontaire ne se produit qu'après qu'il a été représenté dans la conscience. Et comme cette représentation n'est rien autre chose qu'une forme faible de l'état psychique qui accompagne le mouvement réel, elle n'est rien autre chose qu'une excitation naissante de tous les nerfs affectés à cette fonction, qui précède leur excitation actuelle. » Et, ailleurs (*Premiers principes*, p. 216) : « La volition est une décharge initiale le long d'une ligne qui, par l'effet des expériences antérieures, est devenue la ligne de plus faible résistance. Le passage de la volition à l'action n'est que le complément de la décharge. » D'après Wundt (*Physiologie; trad. franç.*, p. 447), « le siège des sensations de mouvement ne paraît pas être dans les muscles, mais bien dans les cellules nerveuses motrices... Nous n'avons pas seulement la sensation d'un mouvement exécuté, mais celle d'un mouvement à exécuter. La sensation de mouvement est donc liée à l'innervation motrice, c'est pourquoi nous l'appelons sentiment d'innervation (Innervationsgefühl). » — M. Meynert, de son côté, s'exprime ainsi qu'il suit : (*Psychiatrie*, p. 312) « Ich glaube der erste gewesen zu sein welcher sich dahin äusserte, dass die Innervationsvorgänge von den Hemisphären aus, welche man Willensacte nennt, nichts weiter seien als die Wahrnehmungs- und Erinnerungsbilder der *Innervationsgefühle*, indem solche, jede Form der Reflexbewegungen begleitend, in die Hirnrinde übertragen werden, als die primäre Grundlage secundär von dem vom Vorderhirn ausgelöster ähnlicher Bewegungen. Diese Erinnerungsbilder bekommen dann durch associations Vorgänge die intensität der Kraft zugeführt, durch welche sie für die vom Vorderhirn ausgehenden secundären Bewegungen als Arbeitsanstoss längs centrifugalen Bahnen wirken. » — Dans ses *Clinical and physiol. Researches on the Nervous system.* 1875, pp XX-XXXVII, M. H. Jackson adhère à l'idée de Bain, Wundt et autres, que notre « conscience de l'activité musculaire » est en grande partie initiale, centrale et réalisable dans les centres moteurs. — Suivant M. Maudsley (*Physiolog. de l'Esprit*, trad. A. Herzen, p. 249, 250), « Il paraît que c'est dans la partie frontale les circonvolutions (centres moteurs corticaux) que sont emmagasinés les résidus des sensations musculaires dont nous tirons nos intuitions motrices »... « Les parties de la surface du cerveau qui agissent comme centres moteurs sont le siège... de la conception du degré et de la qualité de l'innervation musculaire, c'est-à-dire de ce qu'on a appelé *Intuitions musculaires*. — Voici enfin comment sur ce même sujet s'exprime M. Ferrier (*Functions of the Brain*, cap. XI) : « De al

(1) Voir p. 251

même manière que les centres sensitifs forment la base organique de la mémoire des impressions sensitives, et le siège de leur résurrection idéale, de même les centres moteurs des hémisphères, outre qu'ils sont le siège de mouvements différenciés, sont aussi la base organique de la mémoire des mouvements correspondants, et le siège de leur réexécution ou reproduction idéale. Nous avons ainsi une mémoire sensitive et une mémoire motrice, des idées sensitives et des idées motrices; les idées sensitives étant des sensations ravivées, et les idées motrices étant des mouvements ravivés ou idéaux. Les mouvements idéaux ne forment pas un élément moins important de nos processus mentaux, que les sensations ravivées d'une façon idéale. — Contrairement aux vues qui viennent d'être exposées, M. Bastian (*Le Cerveau organe de la pensée*, t. II, 1882, pp. 209, 165 et *appendice*) émet l'opinion que « les centres moteurs où qu'ils soient situés, sont des parties dont l'activité paraît absolument libre de phases subjectives concomitantes: Il ne semble pas que des reproductions idéales aient jamais lieu dans ces centres... » « C'est le changement de conditions du muscle excité et des parties contiguës, changement occasionné par le mouvement, qui engendre un groupe d'impressions centripètes dont le terminus est le centre kinesthétique (centre du sens du mouvement)... Celui-ci est donc un véritable centre sensitif et des *mouvements idéaux* peuvent être ravivés en lui, soit isolément, soit associés à des impressions visuelles qui s'y rapportent. . Cela ne saurait produire que la plus grande confusion, si l'on attribue l'activité de ce centre sensitif à celle des centres moteurs... Le substratum cérébral de l'esprit ne comprend donc en aucune manière, les processus qui ont lieu dans les centres moteurs du cerveau, où qu'ils puissent être situés. En d'autres termes on ne peut regarder légitimement les opérations mentales comme étant en partie immédiatement dues à l'activité des centres moteurs. »

A l'appui de la théorie proposée plus haut on peut rappeler ce qui s'observe chez certains sujets, hystériques pour la plupart, qui, privés de tous les modes de la sensibilité dans un membre, ont conservé cependant en grande partie la faculté de mouvoir ce membre librement, alors même qu'ils ne peuvent avoir recours, les yeux étant fermés, à l'influence à la fois directrice et dynamogène de l'image visuelle du mouvement. Notre malade Pin... offre aujourd'hui un bel exemple du genre. Chez lui, comme on l'a vu, la sensibilité cutanée et la sensibilité profonde sont complètement éteintes dans toute l'étendue du membre supérieur gauche et lorsque ses yeux sont fermés il ne possède aucune notion des mouvements passifs imprimés aux divers segments de ce membre, non plus que de la position que ceux-ci affectent. Les yeux étant ouverts, les mouvements volontaires généraux et partiels du membre, tant pour la variété que pour la précision, présentent tous les caractères de l'état normal. Ces mouvements persistent, en grande partie, lorsque les yeux sont fermés, seulement ils sont plus incertains, comme hésitants, *nullement incoordonnés* toutefois : ils s'opèrent en un mot, comme à tâtons. Pin.. peut encore, les yeux clos, diriger ses doigts avec une certaine précision vers son nez sa bouche, son oreille, ou encore vers un objet placé à distance et réussit à atteindre le but. Il le manque cependant le plus souvent; il ne peut en général, lorsqu'on l'y invite, fléchir un de ses doigts isolément; habituellement tous les doigts se fléchissent alors simultanément. Parfois il ne sait dire si il a oui ou non fléchi son poignet, etc., etc. Je ne parle pas de la pression dynamométrique qui, pour la main, accuse par exemple 30 k., lorsque les yeux sont ouverts, tandis qu'elle donne seulement 15 k. lorsqu'ils sont clos. Ces modifications qui se produisent dans l'exercice des mouvements, chez les malades de ce genre, lorsque le concours des représentations kinesthétiques et visuelles est supprimé, nous permettent de discerner jusqu'à un certain point, en quoi consiste normalement le jeu de l'appareil fondamental des mouvements volontaires. Par contre, l'étude des cas de paralysie psychique portant uniquement sur le mouvement, fera reconnaître le rôle [illegible] tout important qu'il soit, des représentations verbales et kinesthétiques, dans l'accomplissement normal des mouvements volontaires. Peut-être, d'ailleurs, existe-t-il à l'état normal, des variétés à cet égard. Il est possible, en effet, qu'au moment où il s'agit d'exécuter un mouvement prémédité, les uns [illegible] les représentations motrices proprement dites, d'autres les représentations kinesthétiques ou visuelles; d'autres enfin, [illegible] sous ce rapport que les précédents, tantôt l'une tantôt l'autre de ces représentations ou encore les deux à la fois. Des différences dans l'éducation, l'habitude ou la prédisposition héréditaire peuvent rendre compte de ces variétés. On [illegible] [illegible] se traduire par des phénomènes [illegible] d'une [illegible] ries. J. M. C.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Les dispensaires du Havre.

L'Assistance publique des enfants offre des difficultés telles qu'elle est encore, pour ainsi dire, embryonnaire dans les grandes villes, et nulle dans les campagnes. Comment, en effet, appliquer à des sujets d'un âge tendre un système hospitalier funeste, parfois, aux adultes mêmes? S'il s'agit d'un nourrisson, peut-on songer à le priver de sa mère? S'il s'agit d'un enfant plus âgé, comment ne pas être arrêté par les dangers de contagion que le casernement le plus perfectionné ne pourra jamais qu'atténuer dans une faible mesure? Nous ne reviendrons pas sur les exemples trop nombreux qui, tous les jours, se reproduisent avec une constance fatale dans les hôpitaux d'enfants de Paris : nous n'avons pas le courage de récapituler encore une fois le nombre sans cesse croissant des innocentes victimes de l'hospitalisation. D'ailleurs, cette hospitalisation meurtrière est la suprême ressource des familles les plus nécessiteuses et les plus dignes d'intérêt. Nous voudrions voir les maladies aiguës et passagères de l'enfance traitées à domicile ; au contraire, le traitement des maladies chroniques, si onéreux et si difficile, devrait être à la charge de l'Assistance publique. Or, c'est précisément devant ces innombrables *petits chroniques* que les portes de l'hôpital se ferment constamment. On aura beau créer de nouveaux hôpitaux, agrandir ceux qui existent, on ne fera jamais assez pour abriter tous les chroniques nécessiteux.

C'est d'un autre côté qu'il fallait donc porter les efforts de la charité publique et surtout de la charité privée. Le plus grand progrès réalisé dans ce sens a été la création des dispensaires pour enfants malades. Il y a bientôt dix ans que M. le Dr Gibert (du Havre) a mis en pratique cette idée généreuse et féconde. Le dispensaire qu'il a ouvert au Havre, rue de Saint-Quentin, a obtenu un tel succès qu'il a servi de modèle à tous les autres. Ce n'est pas qu'il ait rien de grandiose ni de luxueux ; c'est un local modeste, bien distribué, bien aménagé pour le but visé par son fondateur. Un dispensaire n'est pas un hôpital ; il ne contient aucun lit et ne garde aucun malade, il est réservé aux consultations et au traitement externe. Tous les jours le médecin du dispensaire est à son poste; les enfants défilent tour à tour devant lui, les pansements urgents sont faits immédiatement, les bains, douches, massages, etc., sont distribués dans la matinée. Un système d'hydrothérapie assez complet est annexé au dispensaire, une petite pharmacie également bien pourvue confine au cabinet médical. Nous avons été frappé par l'installation relativement luxueuse du gymnase médical adjoint au dispensaire de M. Gibert. Il faut bien dire que ce gymnase reçoit des malades payants et que les recettes dont il est l'origine servent à couvrir une partie des frais du dispensaire gratuit. En 1876, le dispensaire payant a donné 7.245 fr. 50 presque autant que les souscripteurs. Quant aux résultats obtenus, en voici un aperçu d'après les rapports publiés par le Dr Gibert : la première année (1876), 580 enfants ont été soignés ; il leur a été administré 2400 bains médicamenteux. En 1878-79, 1462

enfants ont été soignés; le nombre des actions médicatrices (bains, douches, électricité, masssage, etc.) s'est élevé à 13.661 ; les dépenses totales pour l'entretien du dispensaire gratuit ont été de 9.082, soit par jour et par enfant, 0,27 centimes. Ce chiffre de 27 centimes donnera à nos lecteurs une idée des résultats économiques obtenus par la charité privée. Il est impossible que l'Assistance officielle procède avec cette sage parcimonie. Comme le faisait remarquer récemment le directeur de l'Assistance publique au conseil municipal de Paris lorsqu'il était question de créer des asiles de nuit, il faut laisser ce soin à l'initiative privée. Si l'Assistance publique veut s'en mêler directement, elle n'obtiendra de résultats sérieux qu'au prix de frais énormes. Il vaut mieux subventionner les asiles de nuit déjà créés et stimuler le zèle des Sociétés charitables par des subsides dont elles seules sauront faire un sage emploi. Ce conseil dont la justesse est évidente relativement aux asiles de nuit, peut être répété avec non moins de raison pour la création des dispensaires. Déjà, au Havre, un deuxième dispensaire pour enfants, dû à la bienfaisance de Mme Dollfus, a été ouvert il y a bientôt deux ans. La municipalité Havraise songe de son côté à installer de nouveaux dispensaires qui auront alors forcément un caractère officiel. Il y a là une exagération manifeste : la ville du Havre possède actuellement deux grands hôpitaux qui suffisent largement aux besoins d'une population de 100.000 âmes. Elle possède en outre deux dispensaires privés ; quelle est la ville de province, même parmi les plus grandes, qui dispose d'un outillage pareil? Je ne parle pas du Bureau d'hygiène unique en France que possède la ville du Havre. Cette ville, qui a un budget de 4 millions environ, en consacre près du quart à l'Assistance publique. C'est là un bel exemple donné aux autres villes; mais convient-il d'aller plus loin? Nous ne le croyons pas. Les frais que la ville du Havre pourrait attribuer à de nouvelles créations seraient mal employés. Il doit lui suffire désormais d'assurer le bon fonctionnement des hôpitaux et des dispensaires qu'elle possède ; pour cela il faut les doter aussi largement et les administrer aussi sagement que possible.

Depuis l'année 1876, la première du fonctionnement du dispensaire de M. Gibert, de nombreux dispensaires ont été ouverts en France et à l'étranger. La plupart sont dus à la Charité privée, quelques-uns ont un caractère quasi-officiel, comme celui de Rouen dont M. Gendron entretenait récemment les lecteurs du *Progrès médical* (1). Nous avons eu nous-même l'occasion de parler dans ce journal du dispensaire de la Société philantropique et du dispensaire Furtado-Heine (2). Nous avons cru devoir adresser quelques critiques à ce dernier qui nous paraît sortir complètement du cadre modeste des dispensaires. Nous persistons à croire que les dispensaires pour enfants malades doivent être petits et construits à peu de frais; le personnel doit être restreint et la spécialisation peut être évitée. Il est bien évident que Mme Furtado-Heine, en créant dans différents quartiers de Paris, plusieurs dispensaires d'un petit modèle, aurait rendu à la population ouvrière des services bien plus grands que ceux qu'est appelé à rendre le beau dispensaire de la rue d'Alésia. Ceux qui voudront consacrer leur fortune à cette œuvre nouvelle feront bien, suivant nous, de résister à la séduction qu'exerce le dispensaire luxueux de Mme Heine. Qu'ils aillent au Havre visiter les dispensaires Gibert et Dollfus, qu'ils viennent à la Villette voir le dispensaire de la Société philantropique, ils se garderont alors d'un entraînement irréfléchi..

Les services que les dispensaires rendent à la population ouvrière des villes sont inappréciables ; à Paris, ils servent d'auxiliaires précieux à l'Assistance publique en éloignant de ses consultations toujours encombrées, un bon nombre de petits malades. Dans les villes de province qui ne possèdent pas d'hôpitaux d'enfants, les services que les dispensaires pourraient rendre sont bien plus grands encore. Que faut-il en effet pour créer un dispensaire convenable? Un terrain de faible étendue, une maison de proportions modestes ; en province on aurait tout cela pour 30 à 40.000 fr. ; ajoutez-y les frais d'une installation hydrothérapique, pharmaceutique, etc; un seul médecin suffit aidé par 2 ou 3 personnes pour les bains et les pansements. En somme, un budget médiocre pourrait aisément soutenir un dispensaire pour enfants tel que nous le concevons ; M. Gibert ne dépense pas 10.000 fr. par an et couvre une partie de ses frais avec le gymnase payant. Sans doute la charité privée peut se lasser ; aussi voudrions-nous voir les municipalités des villes encourager et subventionner des institutions qui sont véritablement d'utilité publique. Le jour où les conseils municipaux saisiront toute la portée des dispensaires, ils n'hésiteront pas à s'engager dans la voie que nous leur indiquons. D'ailleurs, la ville de Rouen a déja donné l'exemple, les autres suivront bientôt, nous l'espérons. Dans un précédent article (1), on a vu les résultats importants obtenus au dispensaire de la rue de Crimée pendant la seconde année d'exercice. N'est-ce pas une justification des idées que nous venons d'émettre ? Dr J. COMBY.

(1) 4 juillet 1885.
(2) *Progrès médical*, 1884, p. 495 et 1885, p. 379.

(1) Voir *Progrès médical*, 15 août 1885.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 29 septembre 1885. — PRÉSIDENCE DE M. J. BERGERON.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ, à l'occasion de la récente communication de M. Brondel sur l'*électrolyse*, fait observer que cette pratique thérapeutique est moins féconde en résultats que ne le pensait tout d'abord M. Brondel. Elle repose sur une erreur d'expérimentation et, par suite, est entièrement erronée.

M. HAMON présente un nouveau *forceps* et un dilatateur utérin (voir page 261).

M. G. SÉE fait une communication sur le *traitement de l'obésité*. Depuis Bauting, on sait que la suppression des substances grasses et des féculents entraine un certain amaigrissement. Malheureusement, cet amaigrissement coincide toujours avec un tel affaiblissement musculaire

que les malades sont obligés de reprendre leurs habitudes. D'après les travaux de Vogt et de Rubner, la graisse doit être considérée comme une substance dynamique et calorigène. M. Sée conseille donc aux obèses de prendre des aliments azotés et une petite quantité d'aliments gras, 60 à 80 grammes par jour ; il ne partage nullement l'avis des médecins qui prêchent l'abstention relative des boissons ; parmi ces dernières M. Sée recommande le thé ou le café léger. Un avantage de l'usage des boissons résulte de leur action sur la combustion en général. La sudation n'a pas plus de valeur que la suppression des boissons. Les médications appliquées aux obèses se résument à trois : iodiques, alcalines et purgatives. L'iode fait maigrir, mais détermine des accidents d'iodisme chez les gens gras : les alcalins, qui sont de très mauvais oxydants, ne conviennent guère aux polysarciques vrais : les purgatifs, au contraire, sont d'excellents moyens à employer chez les obèses. Les eaux purgatives sont préférables aux eaux alcalines pures : Carlsbad, Vichy, Marienbad, Brides, Chatel-Guyon ont, en effet, donné d'excellents résultats...

M. Asène Drouet (de Malakoff), fait une communication sur le *traitement du choléra par le badigeonnage de l'abdomen au collodion.* A. Josias.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 23 janvier 1885. — Présidence de M. Cornil.

14. M. Reynier montre une *hémorrhagie cérébrale double* ; l'une, intra-ventriculaire, ayant déterminé de la contracture ; l'autre, plus ancienne, occupant la capsule interne et s'étendant en arrière, jusque dans le lobe occipital.

15. **Dégénérescence amyloïde du foie**; par Paul Berbez, interne des hôpitaux.

Le nommé B..., droguiste, âgé de 35 ans, entre, le 6 janvier 1885, salle Saint-Louis, n° 14, dans le service de M. le Dr Feréol, à la Charité.

Antécédents héréditaires. Père mort à 62 ans ; a succombé, paralysé du côté droit et aphasique, à une seconde attaque d'apoplexie. Mère morte à 40 ans d'une fièvre typhoïde. Le malade lui-même a toujours été malingre et souffrant pendant son enfance, il n'a cependant jamais eu de maladie grave. Pas de syphilis. Pas de rhumatisme. Pas d'alcoolisme. Aucun antécédent lymphatique.

A 18 ans, le malade eut une diarrhée très abondante qu'on eut toutes les peines du monde à arrêter ; cette diarrhée dura trois semaines. Depuis cette époque il a eu des digestions très pénibles ; fréquemment aussi il était repris de la diarrhée qui durait huit ou dix jours et s'accompagnait le plus souvent d'un ictère assez foncé ou tout au moins d'une teinte hémaphéique très prononcée. Les selles rendues par le malade à cette époque étaient mélangées de sang en nature. Souvent aussi ces selles eurent l'aspect riziforme. Depuis un an les forces du malade ont beaucoup diminué, les troubles digestifs sont devenus permanents ; l'appétit devint presque nul, les nausées qui n'amenaient cependant pas de vomissements étaient continuelles. Le ventre ne tarda pas à devenir douloureux, surtout dans la région du foie. Le malade avait déjà remarqué qu'étant tout enfant son ventre était très volumineux. Le foie a commencé à grossir, il y a 4 ou 5 ans, mais c'est surtout à partir de l'année dernière que l'hypermégalie s'est accentuée. A cette époque ont apparu des douleurs vives dans l'épaule droite. Depuis deux mois l'état général a considérablement empiré. La diarrhée a redoublé ; les coliques, les douleurs hépatiques, sont devenues beaucoup plus vives. Les selles décolorées et liquides ont presque toujours contenu du sang. En même temps les symptômes généraux s'affirmaient : la faiblesse était extrême, la somnolence continuelle. A différentes reprises le malade aurait rendu des crachats sanglants. A son entrée à la charité le malade est dans l'état suivant : L'examen extérieur révèle l'existence d'une teinte subictérique assez foncée, marquée surtout aux conjonctives. En examinant soigneusement le ventre, on remarque qu'il n'y a pas d'ascite, mais sous les fausses côtes on voit sortir, en faisant une saillie très appréciable, une tumeur énorme qui n'est autre que le foie et qui descend au-dessous de l'ombilic. La matité hépatique mesure verticalement 15 à 18 centimètres. Dans le sens horizontal le foie a envahi la plus grande partie de l'hypochondre gauche, la matité splénique s'unit à la matité hépatique de telle façon qu'elle constitue autour de la ceinture une bande de matité uniforme de 20 ou 25 cent. de hauteur. Il n'y a point d'ascite. La percussion qui révèle une douleur très vive dans toute la région du foie permet de constater une matité absolue sans trace de frémissement. L'intestin ne semble pas dilaté par des gaz. Il n'y a pas de tympanite. L'examen du lobe digestif révèle des troubles profonds ; la bouche est sèche, fuligineuse ; la langue est recouverte d'un enduit saburral épais. Sécheresse de la gorge. Soif ardente. Sans beaucoup de fièvre. Nausées continuelles ; le malade n'a point d'appétit, on lui fait prendre du lait, du bouillon froid. Depuis plusieurs années il ne peut plus manger de viande ; cependant il ne vomit pas. Les selles sont telles que nous les avons décrites plus haut : elles sont liquides, très fétides, abondantes, elles renferment des grumeaux, des grains blancs comme de la semoule et des mucosités sanguinolentes. Le malade n'a pas d'hémorrhoïdes. Le malade rend des urines franchement biliaires. Ces urines sont diminuées de quantité, leur densité est de 1,010. La quantité d'urée est de 9,80. Pas d'albumine. On trouve de l'indican en quantité notable. Au poumon, légère submatité dans la clavicule droite. Motité plus accentuée dans la fosse sus-épineuse. Respiration soufflante. Craquements humides surtout au sommet droit. Expectoration sans caractères particuliers. Toux rare, mais très fatigante. Au cœur, léger prolongement du premier bruit à la pointe, plus marqué au niveau de l'appendice xyphoïde. L'état général est très mauvais : le soir s'allume la fièvre marastique ; la nuit est troublée par des douleurs vives ou le besoin d'aller à la selle.

Le 15 janvier le malade rend par l'anus un bassin plein de sang. Il reste très affaibli après cette évacuation ; je lui fais une piqûre d'éther qui semble le ramener. A partir de ce jour les forces du malade vont en diminuant et c'est le 19 janvier, au moment de la visite du matin, que le malade succombe.

Autopsie 24 heures après la mort. Le cadavre a gardé la teinte ictérique.

Thorax. Poumons tuberculeux, surtout au sommet droit qui est transformé en un bloc en voie de ramollissement, mais sans cavernule. Rien du côté des plèvres. Rien du côté du cœur. Varices œsophagiennes, dessinant des spirales autour du conduit des aliments.

Abdomen. A l'ouverture du ventre le foie, comme comprimé, vient faire saillie entre les lèvres de la plaie. Enlevé soigneusement, le foie nous apparaît sous l'aspect suivant :

Couleur vert jaunâtre, pas traces d'adhérences ni de périsplénite. Autour de la vésicule biliaire très distendue par une bile absolue, fluide, il y a comme de l'imbibition biliaire. Sur la coupe la couleur paraît assez homogène.

Consistance dure, très ferme, la consistance est encore augmentée par le froid très vif qu'il fait aujourd'hui. Le tissu ne crie pas sous le scalpel.

Forme absolument conservée ; les proportions seulement sont exagérées ; cependant, dans l'hypochondre gauche, le foie semble vouloir envelopper la rate, très hypertrophiée, pour son propre compte.

Dimensions. Diamètre transversal : 32 centimètres ; vertical : 15 centimètres. Poids : 3.500 gr.

L'examen attentif des voies biliaires ne révèle aucun obstacle au cours de la bile. La vésicule biliaire ne contient pas de calculs.

La rate est énorme, elle présente sa couleur habituelle, mais elle offre, de distance en distance, quelques traces blanches de périsplénite. Son diamètre vertical a triplé.

Son diamètre transversal est doublé ; son poids est de 700 grammes.

Les vaisseaux qui entrent et sortent du foie ne présentent rien de remarquable. La coupe de la veine-cave montre seulement une énorme dilatation. L'examen des intestins apprend peu de choses ; il n'y a pas d'ulcérations intestinales. Les ganglions mésentériques ont leur volume normal.

Les reins, assez petits, pèsent à peu près le poids normal. Ils ont une couleur chocolat sur laquelle tranchent des taches jaunes d'aspect graisseux. Le rein droit était considérablement abaissé. Sur la coupe, ces reins nous apparaissent creusés de petites loges kystiques et envahis par les graines jaunâtres qui obstruent en certains points les calices.

L'examen histologique nous a révélé les particularités suivantes : Le foie était envahi dans toute son étendue, et les coupes pratiquées dans tous les points de la glande hépatique ont donné les mêmes résultats. Ces coupes ont été colorées avec le picro-carminate, avec le réactif iodo-ioduré, enfin, avec le violet de méthyle.

Ces différents modes de préparation ont montré une altération profonde des vaisseaux, caractérisée par la dégénérescence amyloïde manifeste. Les lésions vasculaires se retrouvaient dans les espaces de Kiernan, et on pouvait les suivre jusque dans l'intérieur du lobule.

Dans le lobule cependant, la distribution des lésions avait un aspect particulier : dans certains lobules, la lésion était nettement centripète ; d'un espace de Kiernan partaient des tractus sclérosés accompagnant les vaisseaux malades, les cellules fortement colorées en rose dans la coloration par le violet de Paris, trahissaient leur dégénérescence amyloïde.

Dans d'autres cas, la lésion n'était plus sur les frontières du lobule, mais bien dans la partie moyenne.

Au centre, autour de la veine centrale du lobule, les cellules apparaissaient colorées en violet, par conséquent intactes.

A la périphérie, il en était de même. Mais la zone moyenne était envahie par une bande claire, nettement dégénérée.

Dans les lobules relativement sains, on voyait des cellules moitié bleues et moitié roses.

La partie rose dégénérée était toujours en rapport avec un vaisseau sanguin dégénéré lui-même. Les voies biliaires étaient absolument intactes. Dans le cas présent, le peu de lésions tuberculeuses, ou tout au moins la période peu avancée de ces lésions, ne permettait pas d'attribuer à la tuberculose, la dégénérescence amyloïde ; d'un autre côté, l'absence de dégénérescence du côté de l'intestin, faisait éliminer l'idée d'envahissement de proche en proche. La cachexie, due aux troubles digestifs, restait donc la seule cause probable de dégénérescence amyloïde.

M. Chauffard fait observer que les cas dans lesquels les tumeurs solides du foie sont, en raison de leur saillie, prises pour des kystes hydatiques, sont relativement fréquents.

M. Cornil remarque que les points où la dégénérescence est complète, sont transparents, cireux ; qu'il existe des points blanchâtres, des raies blanchâtres dues à la persistance de la graisse à la périphérie des îlots.

Séance du 30 *janvier* 1885. — Présidence de M. Kirmisson.

22. Hémoptysie foudroyante. — Anévrysme de l'aorte ouvert dans une dilatation pulmonaire ; par Paul Berbez, interne des hôpitaux.

Le nommé X..., salle Saint-Louis, n° 23, était dans la salle au moment où M. Féréol a pris le service de M. Bernutz. Le malade étant mort peu de jours après notre arrivée, au 1er janvier, nous manquons complètement de renseignements sur son histoire clinique. Le diagnostic laissé par l'interne précédent portait : *Tubercules ; paralysie de la corde vocale gauche.*

Les premiers jours de janvier, nous examinâmes assez rapidement le malade et nous pûmes constater, en même temps que la grande pâleur du sujet, une matité assez considérable sous la clavicule gauche ; un souffle assez intense à ce niveau donnait l'illusion d'une dilatation caverneuse. Le malade avait peu de chose à droite : il était un peu oppressé et il nous raconta n'avoir jamais eu d'hémoptysie. Les battements du cœur semblaient normaux. Nous n'eûmes pas l'idée de comparer les deux pouls entre eux, ni de voir s'il y avait du retard du pouls fémoral sur les battements du cœur. La voix était nettement bitonale. Les choses en étaient là quand, le 5 janvier, terminant la visite à onze heures du matin, nous vîmes notre prétendu tuberculeux se diriger vers nous en vomissant à pleines gorgées un sang très rouge et très liquide. L'oppression était extrême ; malgré tous les moyens employés pour arrêter l'hémorrhagie, le malade succomba en cinq minutes, après avoir rendu une quantité de sang qu'on peut évaluer à 2 litres.

Cette mort si rapide, la grande quantité de sang rendue, la constatation préalable d'une paralysie glottique nous fit penser qu'au lieu d'avoir succombé à une hémoptysie tuberculeuse, le malade a bien pu mourir de la rupture d'un anévrysme dans l'œsophage ou dans la trachée ; l'angoisse terrible du malade, l'intensité de dyspnée étaient en faveur de cette dernière hypothèse.

Autopsie 36 *heures après la mort.* — *Poumons* emphysémateux et congestionnés recouvraient le cœur dans une grande étendue. — Adhérences multiples des deux *plèvres* avec le poumon ; ces adhérences étaient plus prononcées au sommet gauche qu'au sommet droit. — Le *péricarde* adhérait à la plèvre. — Ces adhérences nous obligèrent à enlever ensemble tous les organes du thorax ; l'ablation fut pénible comme le prouve la déchirure du beau sac anévrysmal que nous présentons ici. — Nous trouvâmes l'*œsophage* plein de sang, ainsi que l'*estomac* et le *duodénum.* La cavité stomacale contenait bien 1 litre de sang pris en un gros caillot. L'examen du viscère, l'examen de l'œsophage ne nous révélèrent l'existence d'aucune perforation. Nous fendîmes l'*aorte* sur la ligne médiane, en arrière, et nous pûmes remonter jusqu'à 5 centim. au-dessous de la crosse sans constater de rupture. — Arrivés là, nous vîmes qu'un doigt exerçant des tractions destinées à rompre les adhérences qui retenaient le sommet gauche du poumon, avait pénétré dans le tissu pulmonaire et avait ouvert une dilatation due vraisemblablement au choc constant du sang dans un sac anévrysmal adossé au sommet du poumon. — La *crosse de l'aorte* ne présente rien de particulier à sa naissance ni dans sa partie convexe ; les troncs artériels en partent très régulièrement. — C'est au moment où la crosse s'incurve pour gagner la colonne vertébrale que l'on voit une dilatation antéro-latérale du vaisseau se creuser au-dessus du hile du poumon une excavation profonde du volume d'un petit œuf de poule. — Cette dilatation comprime peu les organes du voisinage ; l'artère pulmonaire passe sous la poche, sans s'ouvrir au dedans d'elle. — La bronche n'est pas comprimée, c'est en hauteur et dans le sens antéro-postérieur que le sac s'est développé. — Le nerf récurrent est comprimé dans la partie de son trajet qui entoure la crosse aortique ; il semble faire corps avec la poche anévrysmale elle-même. Examiné au-dessus du point comprimé, il ne présente aucune altération apparente quand on le compare au récurrent du côté droit. Le séjour de la pièce dans de l'alcool ne permet pas l'examen histologique.

La compression du nerf récurrent et l'hémoptysie foudroyante se trouvent donc expliquées par l'autopsie.

Au-dessous du sac, l'artère reprend ses dimensions normales et descend le long de la colonne vertébrale sans communication avec l'œsophage.

L'examen intérieur de la poche montre une paroi assez semblable à la paroi interne de l'aorte. — Çà et là on trouve des plaques calcaires assez épaisses qui tapissent l'intérieur du sac et lui donnent un aspect blanchâtre. En certains points on trouve cette paroi extrêmement mince, et

environ vers la partie moyenne du sac on peut pénétrer à l'aide d'un stylet dans une sorte de canal ou trajet fistuleux aboutissant à une bronche de moyen calibre.

REVUE DE CHIRURGIE

XIV. Le crin de Florence et sa valeur thérapeutique; par le Dr Guermonprez (de Lille).

XV. Imperforation et procidence de l'hymen; Observation du Dr Amos Calderon (*La Andalucia médica*; résumé par M. *Mariani* in *Anales de obstetricia. ginecopatia y pediatria*, août, 1884, n° 45, p 276).

XIV. Dans cet intéressant petit travail qui a été communiqué en juin 1885 à la Société de Thérapeutique de Paris, l'auteur, après avoir brièvement rappelé l'origine et le mode de préparation du produit connu sous le nom de crin de Florence, passe en revue les diverses qualités de ce produit au point de vue de l'usage chirurgical. Il insiste en particulier sur la facilité avec laquelle le crin de Florence est supporté par les tissus, à la condition toutefois d'avoir été rendu rigoureusement aseptique par une macération suffisamment prolongée dans une solution antiseptique. Cette macération préparatoire peut être faite, soit dans la solution normale de thymol à 1/1000, soit plus simplement dans la solution normale d'acide phénique. M. Guermonprez considère le crin de Florence comme le meilleur fil à suture, pourvu qu'on s'en serve en faisant le vrai nœud du chirurgien. Pour les ligatures perdues faites sur les vaisseaux petits ou moyens, il lui préfère le catgut; mais il est d'avis que l'on peut compter sur lui autant que sur la soie phéniquée pour les gros troncs et les larges pédicules de tumeurs, et qu'il est toléré par les tissus mieux que cette dernière.

XV. « Il s'agit d'une femme de vingt-quatre ans, mariée et sans famille, qui jouit d'une bonne santé jusqu'à l'âge de 14 ans, époque où elle commença à éprouver des douleurs lombaires et une sensation de broiement dans les cuisses, accompagnées de tuméfaction de l'hypogastre et de dysurie. Ces symptômes survenaient périodiquement tous les mois aux mêmes jours, pour disparaître ensuite, excepté la tuméfaction, qui diminuait seulement un peu dans les intervalles des époques.

Jusqu'à 21 ans, les mêmes symptômes continuèrent à se manifester avec la même régularité, et la tumeur hypogastrique atteignit un volume qui donnait au ventre la forme d'une grossesse double arrivée à terme. La malade fut alors examinée par des médecins qui diagnostiquèrent une rétention menstruelle intra-utérine et vaginale par imperforation de l'hymen, et qui pratiquèrent la ponction. A la suite de cette opération, qui donna issue à tout le sang retenu dans le vagin et dans l'utérus et fut suivie de la disparition de la tumeur, les règles se montrèrent désormais à l'extérieur,

Quelques mois plus tard, la malade remise de ces accidents, contracta mariage, et, comme elle n'arrivait pas à avoir d'enfants, elle alla consulter le Dr Amos. La relation que lui fit la malade de la manière dont s'accomplissaient les fonctions sexuelles, et ce fait qu'un autre médecin avait pu introduire un spéculum, éloignaient l'idée d'un obstacle mécanique. En effet, on faisait pénétrer dans le vagin, sans déterminer aucune douleur, un spéculum n° 3 de Charrière, mais avec la seule déception de ne pas pouvoir trouver le col utérin. Le toucher vaginal mit en évidence la cause de cette particularité, en permettant de reconnaître qu'une mince membrane, élastique et dépressible au plus haut degré, cheminait au-devant de l'index, en lui formant une véritable gaine.

« Il s'agissait donc, dit le Dr Amos, *d'un hymen procidant exceptionnellement élastique, qui permettait la copulation et les examens avec des spéculums de gros calibre.*

Les antécédents d'imperforation de cette membrane, de sa ponction et du rétablissement ultérieur du cours des règles à l'extérieur, rapprochés des deux faits précédemment exposés et des renseignements intimes fournis par la malade et son mari, constituaient d'autres facteurs en opposition avec mon diagnostic.

Pour établir celui-ci sur une base solide et indiscutable, j'explorai avec un stylet boutonné la paroi de l'urèthre, en maintenant le spéculum en place dans le vagin. *Au sommet même de la dilatation infundibuliforme de ce conduit existait un orifice à travers lequel l'extrémité du stylet arrivait en contact avec le spéculum.*

Le spéculum étant retiré, le doigt introduit dans le vagin palpait avec grande précision l'extrémité du stylet qui, comprimée à travers la membrane, parcourait tout le conduit vaginal. Mon diagnostic était confirmé et l'histoire de la maladie, depuis le jour de la ponction jusqu'au moment actuel, était reconstituée.

Soit par suite du déplacement (*dislocacion*) produit dans les tissus par sept années de rétention des menstrues dans l'utérus et le vagin, soit pour une autre cause, la ponction pratiquée n'a pas porté sur l'hymen imperforé, *mais sur la partie inférieure de l'urèthre, à une distance du méat urinaire qui lui a donné une situation postérieure à celle de l'hymen à l'entrée du vagin, établissant ainsi une communication entre ces deux conduits, véritable fistule uréthro-vaginale, à travers laquelle fut expulsé le sang retenu et ensuite le flux menstruel.*

A ce mécanisme correspondaient : la dilatation de l'urèthre ; le passage de l'urine dans le vagin ; comme conséquence de ce passage, la production d'une tumeur à l'entrée de ce conduit, tumeur que la malade elle-même faisait disparaître par une compression exercée de bas en haut et d'arrière en avant, et qui se reformait aussi pendant les règles ; enfin une abondante leucorrhée, constituée par le mélange des sécrétions vaginales, de l'urine, des détritus du sang menstruel, et du liquide vulbo-vaginal sécrété pendant le coït. »

L'excision de l'hymen et l'avivement, suivi de suture, de la fistule uréthro-vaginale, eurent pour résultat la guérison de la malade et l'acquisition de sa fécondité.

Ch. H. Petit-Vendol.

BIBLIOGRAPHIE

Ueber Regeneration und Neubildung der Lymphdruesen; par le Dr Bayer (*Zeitschr. für Heilk.*, B. VI. Prag., 1885).

Nous faisons avec plaisir l'analyse de ce mémoire du *Zeitschrift für Heilkunde.* Le Dr Karl Bayer, premier assistant à la clinique chirurgicale du professeur Gussenbauer, aborde le sujet aussi intéressant que nouveau de la régénération et de la néoformation des ganglions lymphatiques. Les auteurs n'ont touché que très indirectement à cette question. Tels : Schröder, van der Kolk, Krause, qui a étudié la néoformation des vaisseaux lymphatiques dans les pseudo-membranes, les tumeurs, Wagner, Chiari (Sur la présence du tissu lymphatique dans la muqueuse des voies urinaires, 1881), Bryk, Wharton, Teichmann et Billroth.

Cependant, dans certaines affections chirurgicales le *nombre* des ganglions dépasse de beaucoup le nombre normal : le professeur Gussenbauer a établi nettement le fait dans son travail sur le developpement des tumeurs secondaires des glandes lymphatiques (*Zeitschr. f. Heilk.*, B. II), et dans des cas de mélano-sarcome, de carcinome et de lymphome, le Dr Bayer a compté de 20 à 34 glandes lymphatiques axillaires, tandis que leur nombre varie dans l'aisselle de 10 à 12 d'après les anatomistes. Cet écart est trop considérable pour ne pas faire penser à une *néoformation des glandes lymphatiques* qui ont dégénéré ensuite. Cette opinion trouve un appui dans les cas de récidive après extirpation des tumeurs ganglionnaires. L'expérimentation sur les animaux montre que la néoformation est un fait physiologique.

Le Dr Bayer varie l'*expérimentation*: la meilleure région chez le chien est l'aisselle, puisqu'à l'embouchure des canaux thoraciques, dans les vaisseaux axillaires, sont un

ou deux ganglions constants. Il les extirpe, fait pénétrer du cinabre dans les ganglions et plus tard, de l'encre de Chine pour différencier les ganglions néoformés des autres; il irrite la plaie ou la fait se cicatriser sans réaction, avec la méthode de l'antisepsie, etc. Au bout de trois semaines, on remarque déjà des modifications survenues dans le tissu cellulaire; les *noyaux des cellules graisseuses* prolifèrent, la graisse se résorbe et il se produit en même temps une infiltration de cellules, ce qui est quelque chose d'analogue à l'atrophie proliférative (Toldt) ou au processus irritatif des cellules graisseuses (Czajevics et Flemming). La cellule graisseuse devient une cellule conjonctive et le tissu graisseux modifié la charpente de la nouvelle glande lymphatique qui se forme à la manière des glandes lymphatiques embryonnaires (Sertoli et Chiewitz). A la périphérie, le tissu graisseux présente une prolifération nucléaire fort abondante; dans la glande, il devient réseau de tissu adénoïde embryonnaire à mailles lâches, donnant au centre du ganglion l'aspect spongieux. La matière colorante est régulièrement déposée dans la glande, car les voies qui suivent le courant lymphatique ne sont pas compliquées comme dans une glande adulte; dans celle-ci, on verrait la matière colorante se déposer à la périphérie et beaucoup plus tard dans les sinus du centre (Ecker, Frey, Toldt). Les *conclusions* de ce premier chapitre sont qu'après l'extirpation des ganglions lymphatiques, il s'en reforme de nouveaux, à moins que la circulation ne soit rétablie par communication des vaisseaux lymphatiques. Cette néoformation des glandes lymphatiques se fait en peu de temps; elle est influencée par la marche de la plaie. Le tissu graisseux joue le principal rôle dans cette néoformation.

Peut-on constater les mêmes faits dans la *clinique*? Dans des cas de carcinome, etc., le nombre des ganglions peut être considérable; en outre, *différentes parties du tissu cellulo-graisseux* sont dures, d'une coloration brun-rouge par vascularisation et infiltration de cellules, comme le montre le professeur Gussenbauer. Là sont des points d'infiltration cellulaire et de prolifération des noyaux des cellules graisseuses. Ces groupes de cellules s'entourent à la périphérie d'une capsule due à la transformation des cellules de graisse en cellules conjonctives et deviennent un *follicule primitif lymphatique*, état embryonnaire du ganglion (Orth). Il n'y a pas ici d'état inflammatoire du tissu conjonctif, mais bien une néoformation lymphatique; en effet, ces petits noyaux sont circonscrits; ils se produisent également dans les cas de tumeurs non ulcérées et en dehors de tout état inflammatoire; enfin, le Dr Bayer a suivi les phases de leur développement et les a vus devenir un follicule avec tissu réticulé, les noyaux des cellules de graisse étant devenus un réseau adénoïde et ayant donné aussi naissance à bon nombre de cellules lymphoïdes comme Sertoli l'admet. Au centre d'un tel follicule se voient des *fentes lymphatiques* quelquefois tapissées d'endothélium; elles sont vides ou remplies de cellules de carcinome. Ajoutons que ces nouveaux ganglions siègent *près des vaisseaux;* Flemming n'a-t-il pas montré que l'adventice des vaisseaux est le lieu de la production de la graisse. La graisse est la matrice du ganglion lymphatique, elle devient tissu adénoïde. Du reste, Ranvier et Recklinghausen considèrent le tissu conjonctif comme un sac lymphatique, et Klein dit que la graisse appartient au système lymphatique, qu'elle est du tissu lymphatique transformé. En 1858 déjà, Billroth avait montré que les ganglions peuvent devenir de la graisse et Frey que c'est le réseau intrafolliculaire qui forme les cellules de graisse. La découverte du Dr Bayer est un fait inverse au précédent, c'est un processus de néoformation. Cette transformation entre les deux tissus n'est-elle pas intéressante? La cellule de graisse devient une cellule conjonctive et redevient de la graisse par suite de certaines modifications dans la nutrition, comme la cellule du réticulum du ganglion.

Pourquoi cette *multiplication* des ganglions dans le carcinome? Le courant lymphatique ne traverse plus un ganglion carcinomateux, la conséquence est la stagnation de la lymphe dans les vaisseaux. Si le ganglion est extirpé, le même phénomène se produit, le courant lymphatique est interrompu, il détermine l'infiltration des cellules lymphatiques, cause purement physique, et le tissu cellulo-graisseux avec les vaisseaux, achèvent la formation du ganglion. Jules DAGONET.

Piscidia und Paraldehyd; par FRONMÜLLER (de Fürth). — (*Memorabilien.*— Heilbronn, 1884.)

La *Piscidia*. écorce de la racine de l'Érythrina corollodendron des Antilles, famille des légumineuses, tire son nom de l'usage qui en est fait pour la pêche. Cet hypnotique est depuis longtemps employé en Amérique et en Angleterre contre les coliques utérines, les douleurs vésicales, l'asthme, les maladies mentales, etc., et en Allemagne, il est mentionné dès 1856 par Oesterleben dans son livre de thérapeutique. Après Merck et Seiffert, l'auteur a expérimenté la piscidie soit sous la forme d'extrait fluide, soit sous celle d'extrait sec. Une partie d'extrait sec représente 20 parties d'extrait fluide, et la meilleure préparation est celle de Cremer :

Écorce de racine de piscidia.	100
Digérer pendant 8 jours dans alcool dilué.	100

Exprimer et filtrer. Faire des pilules de 0,06 et en donner 2 à 4 le soir.

La piscidia a sur les opiacés l'avantage d'être inoffensive, de ne pas constiper et de ne pas déterminer de prurit cutané. Elle ne modifie ni le pouls ni la température, et les sécrétions urinaire et cutanée restent normales.

La *Paraldéhyde* dont la physiologie est due à Cervello (de Palerme), a été donnée 68 fois par l'auteur. Elle ne remplacera jamais la morphine ou le chloral, mais comme ce dernier elle n'est pas contre-indiquée dans les affections cardiaques. A la dose moyenne de 5 grammes elle a donné d'excellents résultats dans l'alcoolisme et le délirium tremens. Le goût en est facilement masqué et l'auteur se sert pour cela de sucre et d'eau-de-seltz. J. DAGONET.

Le rein dans ses rapports avec le diabète; par le Dr INGLESSIS (Paris, 1885. — A. Coccoz, libraire-éditeur).

Ce travail, dû à la plume d'un médecin consciencieux, nous apprend que l'hypertrophie fonctionnelle des reins est la plus habituelle des lésions rénales du diabète sucré. Elle est en rapport avec la polyurie et s'observe pendant la période d'état de la maladie ; l'organe est augmenté de volume et les cellules des tubes contournés ont subi un accroissement manifeste. Les véritables néphrites ne surviennent qu'au déclin de la maladie ; parmi ces néphrites, la forme parenchymateuse est de beaucoup la plus fréquente. Une planche lithographiée montre les principales lésions histologiques décrites par l'auteur.

VARIA

Choléra.

France. — L'épidémie est toujours en décroissance dans toutes les régions contaminées. A *Paris* quelques cas isolés se seraient produits, au dire de la *Semaine médicale,* mais jusqu'ici il ne semblerait pas que le choléra ait de tendance à se propager, si toutefois elle existe réellement. Le *Bulletin de statistique* de la ville de Paris ne mentionne aucun décès par suite du choléra, et les renseignements que nous avons pris à l'Administration de l'Assistance publique et ailleurs nous permettent d'affirmer que le choléra n'est pas à Paris.

Marseille. — Il y a eu, le 24 septembre, 4 décès cholériques; — le 25 septembre, 2 décès cholériques;— le 26, 3 décès.

Espagne. — On a constaté: 737 cas et 271 décès le 23 septembre; — 462 cas et 164 décès le 26 septembre; — 681 cas et 206 décès le 28 septembre; — 557 cas et 209 décès le 29 septembre. — L'épidémie continue à décroître. On ne signale son envahissement dans aucune province nouvelle.

Italie. — La situation est à peu près stationnaire ; en Sicile quelques villes nouvelles ont été atteintes.

PROVINCES :	23 septembre. Cas.	Décès.	24 septembre. Cas.	Décès.	25 septembre. Cas.	Décès.	26 septembre. Cas.	Décès.	27 septembre. Cas.	Décès.	28 septembre. Cas.	Décès.	29 septembre. Cas.	Décès.
Palerme	173	90	176	95	106	74	164	81	162	95	159	89	154	68
Ferrare	1	1	10	3	5	2	8	2	8	2	13	5	16	5
Massa-Carrare	3	1	3	»	3	2	3	»	4	2	4	1	»	»
Parme	8	5	9	4	8	2	7	3	6	3	5	7	7	7
Rovigo	2	»	1	1	2	1	»	»	1	»	»	»	»	»
Gênes	»	»	1	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Girgenti	»	»	1	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Reggio-Emilia	»	»	»	»	»	»	2	»	2	1	»	»	1	1
Modène	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1	1	1	»

L'apothicairerie au XVIIe siècle (1).

Il ne reste malheureusement aux *Archives de l'Assistance publique* que quelques pièces (une demi-douzaine à peu près) sur la pharmacie au XVIIe siècle. Les autres ont été vendues ou brûlées au commencement de notre siècle, comme papiers inutiles, et l'incendie de 1871 a achevé le reste.

Le *Progrès médical* publiera successivement quelques-uns de ces documents échappés par miracle à la destruction (on les a trouvés mêlés par erreur aux papiers d'un des bienfaiteurs de l'Hôtel-Dieu) et en présentera les parties les plus intéressantes.

Nous trouvons en premier lieu la note suivante :

Messieurs les administrateurs et gouverneurs de l'Hostel Dieu de Paris.

DOIBVENT à Charles Rioust marchand.

Du 31 octobre 1679.

Scavoir : 30 livres	de myrrhe	à 30 sols la livre		45 livres
30 —	dalloës cicottrin fin	— 50 s.	—	75 —
10 —	de jujubes	— 12 s.	—	6 —
10 —	de sebestes	— 20 s.	—	10 —
10 —	de dattes	— 12 s.	—	6 —
40 —	de 4 semence froide	— 28 s.	—	56 —
50 —	de sucre candy blan.	— 22 s.	—	55 —
100 —	de bol fin	— 10 livres	—	10 —
300 —	de raisine très belle	— 10 liv.	—	30 —
60 —	de gomme elemi	— 36 s.	—	108 —
10 —	de gomme darabic	— 6 s.	—	3 —
60 —	d'allun denglettere	— 4 s.	—	12 —
20 —	de vitriol romain	— 6 s.	—	6 —
	Somme total			422 livres.

Plus du mesme jour :

Quatre baril de beau miel dur peze	365 livres.
— —	342 —
— —	359 —
— —	353 —
Ensemble	1419 livres.
Remise de	140 livres.
Net	1279 livres.

à 13 livres 10 sols les cent livres, monte à la somme de cent soixante et douze livres quatorze sols et six deniers . . . 172 l. 14 s. 6 d.

Plus . . . 422 l.

594 l. 14 s. 6 d.

Receu le contenu cy dessus ce 31 octobre 1679.

Signé : S. C. GASTEAU.

(*mère cheftaine de l'apoticquairerie de l'Hostel Dieu*).

Quelques mots sur l'art dentaire, par G. GUILLOT.

Lorsqu'une dent est extraite, la première chose à faire, pour l'opérateur, c'est de rapprocher avec ses doigts, les deux procès alvéolaires autant qu'il le pourra. Cette manœuvre permet à la cicatrisation de se faire dans de meilleures conditions. Dans tous les cas, le caillot sanguin se forme plus rapidement au fond de l'alvéole, et intercepte ainsi l'air froid qui pourrait arriver sur les filets nerveux rompus, mis à découvert par l'extraction. De ce défaut de précaution proviennent des douleurs violentes, et quelquefois une fluxion.

Quand les bords alvéolaires sont trop aigus, et déchirent tant soit peu la gencive, ce qui sera un retard à sa guérison, il les faut réséquer. Ce cas se présente ordinairement lorsque plusieurs dents ont été enlevées les unes à côté des autres Si l'on n'a pas de pince à réséquer, on le fait avec un davier, et l'on peut ensuite racler les bords dentelés avec une Curette ou Rugine. Il n'existe aucun inconvénient à opérer ainsi, puisque les bords alvéolaires se résorbent toujours après l'extraction de la dent qu'ils encastraient,

Les dents isolées sont toujours plus difficiles à extraire que les autres, à cause de la compacité du tissu osseux qui l'environne.

Bien que le Nickel soit plus agréable à la vue, pour les instruments, nous ne conseillerons jamais à nos lecteurs des daviers nickelés, le nickel finit par se détacher des mors, qu'on a dû déjà diminuer de force pour y appliquer une couche épaisse de ce métal. Le nickel s'enlevant par plaques, laisse des lacunes qu'il est difficile de bien nettoyer et désinfecter. Les instruments de dentiste, doivent être d'une rigoureuse propreté. Ils doivent être après chaque opération, lavés soigneusement avec une brosse à l'eau tiède et au savon, essuyés avec soin, et passés au frottoir avec une poudre à polir, puis à la peau de chamois. Les instruments en acier poli sont seuls susceptibles d'une telle toilette.

Sur sept daviers, six sont d'origine américaine, le septième, planche VII, est dû à un français établi à Londres, mais mort actuellement. Cet instrument continue à se faire en Angleterre. Quand on doit extraire une dent, quelle qu'elle soit, et surtout quand elle est très sensible aux changements brusques de température, il faut chauffer les mors de son davier soit à la flamme d'une lampe à alcool, ou dans l'eau chaude. Si l'on n'a aucune de ces choses sous la main, on le peut mettre dans la poche, il s'échauffera assez pour que l'application du métal sur la dent ne produise pas de sensation désagréable.

L'on peut diminuer la douleur de l'extraction par des applications topiques de chloroforme sur une boulette de coton, que l'on place autour de la dent malade. Un moyen d'anesthésie, facile à employer, est *l'inspiration* et *l'expiration* forcée. Au bout de 45 à 50 inspirations et expirations, on peut opérer le patient, qui ne souffre aucune douleur. Nous avons employé cette méthode qui nous a réussi surtout chez les gens intelligents. Un de nos amis, le Dr Saloz (de Genève), a voulu se rendre compte par lui-même de la réalité du fait. Nous l'avons opéré de cette manière pour l'extraction d'une canine ou prémolaire supérieure. Il en fut enchanté. Nous croyons être utile au corps médical en écrivant ces lignes. Nous n'avons point voulu faire quelque chose de complet. Nous avons voulu avant tout relever notre art qui est tombé en toutes mains, en fournissant au médecin des armes pour combattre.

C'est au médecin qui, plus que tout autre, par son instruction touche à presque toutes les branches scientifiques, d'élever le niveau moral des populations à qui il est appelé à donner ses soins. C'est une tâche lourde et souvent ingrate, mais il ne doit point s'y soustraire, s'il ne veut perdre de sa valeur et de son autorité. (*A suivre.*)

INSTRUMENTS ET APPAREILS

Nouveau forceps à cuillères réductibles du Dr Henri Hamon.

Le nouveau forceps construit par M. Mathieu, sur les indications du Dr Henri Hamon, présente à l'extrémité de la cuillère une double articulation qui permet, aux deux rubans d'acier formant la cuillère, de venir se mettre presqu'au contact, de façon que l'instrument ainsi réduit n'offre plus que un centimètre et demi de largeur à l'extrémité et trois centimètres à l'endroit du plus fort renflement.

Une tige qui glisse le long de chaque branche et se termine par un bouton faisant cran d'arrêt, permet, une fois l'instrument articulé, de lui rendre sa forme première par un mouvement d'impulsion en avant. La largeur de la cuillère est alors de six centimètres.

L'extrémité mobile, en se développant, suit exactement le même trajet que si elle était guidée sur les doigts.

Elle ne peut donc produire ni lésion ni contusion des parties molles de la mère ou du fœtus.

Les avantages de ce nouveau forceps sont les suivants : 1° Possi-

(1) Communiqué par A. Rousselet.

bilité de l'appliquer avec une dilatation moindre du col, quand, malgré les règles établies, il y a nécessité d'intervenir de bonne heure. 2° Dans les cas si fréquents, où une fois la première branche en place, on éprouve de la difficulté ou de l'impossibilité à passer la seconde, cette manœuvre est singulièrement facilitée dans le nouveau forceps avec lequel un ou deux doigts suffisent à guider dans le col une cuillère dont la largeur est diminuée de plus de

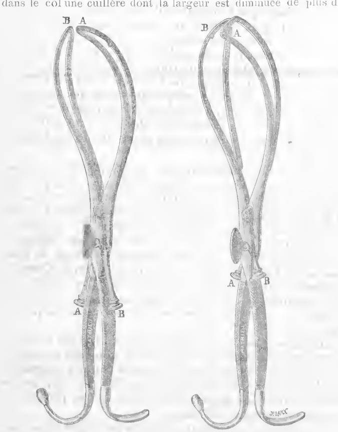


Fig. 91, 92.

moitié. 3° On arrive plus vite et plus facilement à présenter la mortaise à la vis d'articulation, la cuillère reduite, contournant plus aisément la tête. 4° Lorsqu'il y a du gonflement, de l'irritation, ou une sensibilité exagérée de la vulve, l'application de l'instrument est beaucoup moins douloureuse qu'avec le forceps ordinaire. 5° N'ayant plus à se préoccuper de la largeur des cuillères comme obstacle à leur introduction, on pourra leur donner des dimensions suffisantes permettant de bien embrasser la tête du fœtus.

NOUVELLES

Natalité a Paris. Du dimanche 20 septembre au samedi 26 septembre 1885, les naissances ont ete au nombre de 1150 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 444; illégitimes, 136. Total, 610. — *Sexe féminin* : légitimes, 427 ; illégitimes, 179. Total, 606

Mortalité a Paris.— Population d'apres le recensement de 1881 2.225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 20 septembre au samedi 26 septembre 1885, les décès ont été au nombre de 775, savoir : 421 hommes et 354 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes. Fièvre typhoide : M. 17 F. 6 T. 23. Variole. M 1, F. 1 T 2. — Rougeole. M. 7. F. 3, T. 10 · Scarlatine : M. 4 F. 1 T. 5. Coqueluche : M. 2, F. 2. T. 4 — Diphthérie, Croup : M. 16 F. 4. T. 29. Dyssenterie : M 1. F. 0, T. 1. — Erysipèle : M. 1 F. 0 T. 1. Infections puerpérales : 3 Autres affections épidemiques . M. .. F , T. . — Méningite tuberculeuse et aiguë. M. 15 F 13. T. 28. — Phthisie pulmonaire M 94. F. 71 T. 165. — Autres tuberculoses . M 13 F. 12. T 25. — Autres affections générales : M. 22. F. 25 T 47 — Malformations et debilité des âges extrêmes : M. 15, F. 14. T. 29 — Bronchite aiguë : M. 4 F. 3 T. 7. — Pneumonie. M. 19, F. 14, T 33 — Athrepsie M 60, F 46 T. 106. — Autres maladies des divers appareils M 112 F. 126. T. 218. — Après traumatisme : M. ., F. ., T. . — Morts violentes : M. 9 F. 5. T. 14 — Causes non classées M 9, F. 5, T. 14.

Mort-nés et morts avant leur inscription ; 81 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 20, illégitimes, 20 Total : 50. — *Sexe féminin* · légitimes, 25 ; illégitimes, 6 Total : 31.

Concours de l'internat. — Le jury est définitivement constitué ; tous les membres désignés ont accepté à l'exception de M. Damaschino qui est remplacé par M. Muselier.

Concours de l'externat. — Le jury de ce concours se compose de MM. Barié, Brocq, Brun, Comby, Prengrueber, Renault et Routier.

Ecole de médecine de Marseille — Par arrêté du ministre de l'instruction publique, des beaux-arts et des cultes, en date du 24 septembre 1885, un concours s'ouvrira le 25 mars 1886 devant l'école supérieure de pharmacie de Montpellier, pour un emploi de suppléant des chaires de pharmacie et matière médicale à l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Ecole de pharmacie. — Par arrêté du ministre de l'instruction publique, des beaux-arts et des cultes, en date du 24 septembre 1885, des concours s'ouvriront le 25 mars 1886 devant l'école supérieure de pharmacie de Paris, pour un emploi de suppléant d'histoire naturelle et pour un emploi de suppléant des chaires de physique et de chimie à l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Laboratoire de Banyuls. — Des parcelles de terrain sis à Banyuls-sur-Mer, appartenant à l'Etat, sont affectées au ministre de l'instruction publique pour compléter l'installation du laboratoire de zoologie expérimentale établi dans cette commune et dependant de la Faculté des sciences de Paris.

La société française d'otologie et de laryngologie tiendra sa prochaine séance en session ordinaire, le jeudi 15 octobre à 9 heures et demie du matin, à la mairie du Ier arrondissement (place Saint-Germain-l'Auxerrois). Ordre du jour : 1° Cas rares de polypes du larynx, par M. Moure, de Bordeaux ; 2° Perforation du tympan, rétablissement de l'ouïe au moyen d'un tampon d'ouate par M. Gellé ; 3° Tumeurs capillaires de la cavité Bucco-pharyngienne, par M. Baratoux ; 4° Tumeurs du conduit auditif, par M. Baratoux ; 5° La caféine dans la phthisie laryngée par M. Gouguenheim ; 6° Croup ; trachéotomie ; extraction d'une grande fausse membrane de la trachée et des bronches, par M. Ramon de la Sota y Lastra ; 7° de l'Aphonie par lésion nasale, par M. Brébion.

Nouveau journal. — Nous recevons le premier numéro de la *Gazette de Gynécologie*, journal mensuel, publié à Paris par le Dr P. Ménière (d'Angers).

Dr Goldschmidt. — Madère, station d'hiver ; 1 volume in-8, prix : 2 francs, en vente chez A. Delahaye et Emile Lecrosnier, place de l'Ecole-de-Médecine, à Paris.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie F. ALCAN, 108, boulevard Saint-Germain.

Landouzy (L.) et Dejérine (J.). De la myopathie atrophique progressive, myopathie héréditaire, sans neuropathie, débutant d'ordinaire dans l'enfance, par la face. Broch. in-8 de 151 pages.

Librairie A. DELAHAYE et E. LECROSNIER, Place de l'Ecole-de-Médecine.

Bulletins et mémoires de la société française d'otologie et de laryngologie. *Publié par les soins du Comité* : MM. Astier, Aysaguer, Garrigou-Désarènes, Hering, Koch, Moura, Noquet. Boucheron, *secrétaire*. Vient de paraître tome II, 1er 2e fascicule. Broch. in-8 de 102 pages.

Librairie J.-B. BAILLIÈRE et fils, 19, rue Hautefeuille.

Branche (L.) — Le chlorure de sodium et les eaux chlorurées sodiques, eaux minérales et eaux de mer. 1 vol. in-8 de 216 pages. Prix : 6 fr.

Bovet (Ch.). — Recherches [illegible] sur l'action physiologique et thérapeutique des eaux minérales. [illegible] 1er fascicule. Broch. in-8 de 15 pages, avec [illegible]. Paris, 1885. — E. Preslet, imprimeur.

Coni (E.-R.). — [illegible] de la province de Buenos-Ayres. [illegible] 1885. [illegible] Buenos-Ayres. 1885. — Typographie et fonderie de la République.

13e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. II. N° 41. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 10 OCTOBRE 1885.

Le Progrès Médical

CLINIQUE INFANTILE

HÔPITAL DES ENFANTS. — M. J. SIMON.

De la diarrhée chez les enfants;

Leçon recueillie par M. CARRON, interne du service.

Messieurs,

La science moderne explore en ce moment un filon nouveau, riche de matériaux précieux, qui serviront probablement à édifier sur des bases inconnues jusqu'alors, une œuvre prodigieuse et féconde en résultats prophylactiques, Il nous faut admirer l'initiative et la constance de cette phalange d'ardents pionniers. Semblables à de grands avant-gardes, ils n'hésitent point à faire le sacrifice de leur temps, et parfois de leur vie, pour éclairer la route du monde médical, de celui qui veut rester fidèle gardien des trésors acquis à travers les siècles antérieurs. Cet entraînement généreux s'est répandu, de nos jours, à tous les grades, à tous les degrés. On ne parle plus que microbes, bactéries et infiniment petits. A peine daigne-t-on regarder de très haut ces humbles médecins, penchés sur le chevet des malades, qui veulent encore rallier les bataillons éparpillés et leur apprendre à se guider dans la voie, parfois si obscure de la diagnose et de la thérapeutique. Et pourtant la mission de chacun de nous reste parfaitement délimitée. Aux uns, les sciences exactes, les expériences, les recherches du laboratoire ; aux autres, l'hôpital, les malades, l'amphithéâtre, l'observation des réactions vivantes. Se targuer de supériorité et de suprématie dans l'un ou l'autre camp, conduit à jouer le rôle ridicule des professeurs du *Bourgeois gentilhomme*, avec cette différence, il est vrai, que tous n'enseignaient point des arts également nobles. Nos études, au contraire, sont toutes aussi élevées et d'une même difficulté; elles se complètent, se fortifient et convergent vers le même but, l'art de guérir. On a beau y contredire, l'ère des prodiges, nous dit-on, est ouverte et elle doit, sans délai, en changeant la face des choses médicales, les ramener toutes à leur principe vrai, immuable et dispenser de l'école routinière de la clinique. Etudier l'état du pouls, après avoir lu le degré thermométrique de la fièvre, pratiquer l'auscultation et la percussion quand on possède dans les crachats tant de signes irréfragables, c'est l'œuvre d'un esprit peu clairvoyant, ou pour mieux dire fermé à la lumière éclatante du jour. A ce langage dédaigneux qui nous frappe d'ostracisme, je réponds humblement : Comment! Messieurs, un médecin ne saurait à la fois suivre d'un regard attentif et scrutateur, s'approprier les progrès sanctionnés par un contrôle avéré, et ne pas déserter le terrain de la clinique et de la thérapeutique! Comment! on ne peut être en même temps un homme instruit et un médecin expérimenté. Ne tombez pas dans ces vaines exagérations, tout en prenant possession des découvertes actuelles, et applaudissant aux efforts des hommes d'élite qui établissent un grand courant, qui promet d'être fructueux, restez soucieux des études indispensables que l'hôpital seul vous procure, et tenez pour certain que, faute d'un commerce suffisant avec les malades, votre instruction sera ébauchée, votre pratique sans attrait et votre septicisme en rapport direct avec vos desiderata. Je veux vous en donner une preuve aujourd'hui en m'occupant de l'histoire de la *diarrhée*. Certes, on ne saurait la comprendre sans des connaissances chimiques, physiologiques et anatomiques, mais il reste, au fond de cette étude, des réactions pathologiques que l'observation seule des malades peut faire connaître.

Il n'est point d'affection plus fréquente chez les enfants, surtout chez les enfants en bas âge. Il n'en est pas, me direz-vous, qui soit d'une notion plus vulgaire. Et pourtant que de prescriptions incomplètes et que d'hésitations thérapeutiques à l'endroit des préparations opiacées : que de fois n'avez-vous pas constaté l'inexécution de nos propres ordonnances faute de bon vouloir ou d'entendement de la part des parents. Comme nombre d'états diarrhéiques conduisent les enfants au dépérissement et parfois au tombeau, il m'a paru intéressant de reprendre avec vous cette question par le menu.

Et d'abord, jetons un regard d'ensemble sur le vaste sujet que nous allons analyser. Pour vous qui assistez à nos consultations cliniques, il ne vous faut pas de grands efforts de mémoire; vous vous rappelez les variétés de diarrhée les plus saillantes et celles qui se présentent communément à notre examen.

Au premier rang, vient se placer la *diarrhée lientérique*, due à un mauvais allaitement, à une alimentation grossière, à un sevrage prématuré et *la diarrhée catarrhale séro-muqueuse*, et *séro-bilieuse* dépendant soit de la première, soit de congestion intestinale, ou glandulaire.

Vous avez encore présentes à l'esprit ces *entérites* ou *gastro-entérites*, qui déciment notre clientèle misérable. Et le *choléra infantile*, l'avez-vous oublié? Ne vous l'ai-je pas différencié, malgré les points de ressemblance du vrai choléra *asiatique*.

Je vous ai signalé, entre temps, des diarrhées à *forme cérébrale*, simulant la méningite ou se rapprochant par certains côtés de la fièvre typhoïde.

Que de fois enfin, la diarrhée n'est-elle pas apparue sous vos yeux comme l'expression d'un *état général* en déchéance (scrofule, rachitisme, tuberculose, etc., etc.) ou d'une fièvre soit continue, soit éruptive. Quelquefois aussi compliquée de flux de sang, elle est dénommée improprement *dysentérique,* alors que vous savez le peu de fréquence de la dysentérie chez les enfants. Ces grandes lignes vous remettent sous les yeux l'ensemble de cette séméiotique si variée et des plus complexes; mais il faut en étudier les particularités principales pour être en pleine possession de notre sujet, ce n'est qu'à cette condition que nous serons en mesure de saisir les indications thérapeutiques. Dans ce but, je diviserai cette leçon en trois parties.

Dans la première, je passerai en revue les conditions étiologiques de la diarrhée, essayant de vous démontrer par quel mécanisme elle se produit.

Dans le second chapitre, je me placerai complètement sur le terrain de la clinique, étudiant les signes spéciaux des diarrhées et leurs éléments du pronostic.

Enfin, riches de faits, bien compris, nous pouvons aborder la thérapeutique dont l'intervention nous permet de lutter avec avantage contre ces accidents parfois redoutables.

I. *Etiologie. Classification.* — La complexité étiologique de la diarrhée a toujours si vivement frappé l'esprit des médecins, que de tout temps on a proposé de nombreuses classifications destinées à en grouper les causes d'une façon méthodique. Elles marchaient naturellement de pair avec les connaissances physiologiques et pathologiques de l'époque. Aujourd'hui, ce chapitre de la diarrhée chez les enfants comprend les classes suivantes :

La *première classe*, c'est la diarrhée *sine materiâ*, *lientérique* ou *diarrhée fonctionnelle*, corollaire obligé de la dyspepsie. Sa persistance peut provoquer la diarrhée *séro-muqueuse ou catarrhale*, l'entérite, la gastro-entérite ; elle peut servir aussi de prétexte à l'apparition subite du choléra infantile. Je réunirai dans une même étiologie la diarrhée *lientérique* et *catarrhale*.

Laissez-moi vous reproduire les phases successives d'une bonne digestion et vous en saisirez mieux les causes perturbatrices.

Les aliments se composent, aussi bien le lait que les aliments plus substantiels, de quatre éléments principaux : 1° les matières albuminoïdes ; 2° les graisses ; 3° le sucre ; 4° les féculents. Je néglige à dessein l'eau et les sels.

Le suc gastrique, composé de pepsine acidifiée (acides chlorhydrique et lactique) transforme les matières albuminoïdes en un premier produit (syntonine) non assimilable, et finalement en une seconde substance capable de pénétrer dans l'organisme, c'est la *peptone*. Si donc la caséine du lait, la fibrine des aliments azotés ne sont pas suffisamment soumises à l'action de la pepsine acide, ferment primordial de leur transformation utile, la digestion ne traverse qu'une première étape et l'économie ne peut en tirer profit. En outre, les substances albuminoïdes, coagulées, inertes, parcourent les voies digestives en excitant la muqueuse et provoquant une hypersécrétion séro-muqueuse. C'est ainsi que vous retrouvez dans les selles lientériques des nouveau-nés des grumeaux blanchâtres de caséine insoluble au milieu des produits muqueux, glaireux et jaunâtres ou jaune d'or, ces derniers seuls accusant une digestion complète et parachevée.

Voilà une des sources les plus frappantes de la diarrhée lientérique des petits enfants. Je vous énumérerai tout à l'heure les conditions si nombreuses qui la provoquent (1).

Les remarques que je viens de faire à propos des matières albuminoïdes s'appliquent à l'indigestion des matières grasses. La bile doit les émulsionner, sinon leur action devient celle de ces purgatifs gras, qui purgent par indigestion ; l'huile de ricin par exemple.

Au suc pancréatique échoit la triple mission d'émulsionner les graisses comme la bile, de dédoubler les fécules en sucre et en dextrine comme la salive, et de rendre les albuminoïdes assimilables dans l'intestin, milieu alcalin différant en ce point avec le milieu acide de l'estomac.

Enfin, le suc intestinal jouit par lui-même de la fonction de peptoniser une petite quantité de matières azotées et de convertir les matières sucrées en glycose assimilable. Ses villosités, en outre, absorbent tous les produits utilement transformés.

En conséquence, que les sécrétions précédentes soient modifiées ou entravées, que les aliments, surtout chez les jeunes enfants, ne soient pas en rapport avec les propriétés et la quantité de ces différents sucs gastro-intestinaux et vous verrez apparaître des selles lientériques et diarrhéiques, et parfois putréfiées.

Cela est si vrai que la cause la plus fréquente de cette première classe de diarrhée dépend de la nature des *aliments* et des autres *ingestâ*. Si le lait de la nourrice est trop pauvre en principes nutrititifs, s'il est trop riche en matières grasses, qu'il soit d'un âge trop avancé, ou d'une date trop récente, il se trouve des conditions défectueuses dont je vous ai si souvent entretenus en vous parlant de l'allaitement, du sevrage et de la dyspepsie comme le point de départ de troubles digestifs commençant par la lientérie et aboutissant aux entérites.

Et le biberon, dont le concours est si précieux quand il est propre, exempt de ferment, rempli de lait de vache, récemment trait et coupé dans des proportions voulues, à quels graves dangers n'expose-t-il pas les pauvres nourrissons ! Dans les villes, le lait transporté, bouilli, additionné de bicarbonate de soude, falsifié avec de la féeule, mis dans un appareil trop compliqué pour être bien nettoyé, se coagule en masse dans l'estomac, et le travail de peptonisation, d'émulsion et d'assimilation reste forcément incomplet ; il en résulte des grumeaux insolubles, irritants, capables de faire naître une sécrétion séro-muqueuse, et même une entérite.

Sans m'étendre plus en détail sur l'allaitement mal dirigé, je vous rappelle la nombreuse série d'enfants atteints de diarrhée lientérique sous l'influence du sevrage prématuré. Soit ignorance, soit parti pris, les mères et les nourrices ne tiennent aucun compte de la susceptibilité de l'estomac et des intestins. Dès l'âge de 2 à 3 mois, les enfants absorbent des fécules grossières, mal cuites, et au bout de peu de temps, ils prennent part à la table commune. C'est la soupe de ménage, le pain, le vin, les légumes qui constituent la base de leur alimentation.

A l'âge où les enfants à la mamelle sont encore à rechercher le lait de femme qui leur convient le mieux, leurs contemporains surmènent à leur insu tous les organes des voies digestives incapables de tolérer ces exploits insensés. Il ne faut pas être un bien grand clerc pour se convaincre de la vérité des observations précédentes. Et cependant, elles ne peuvent pénétrer dans l'esprit des personnes chargées de l'élevage des bébés. Ces malheureux sont soumis aux écarts de régime les plus étonnants et parfois les plus criminels.

La diarrhée lientérique et catarrhale se manifeste parfois, il faut bien le reconnaître, sans que l'examen chimique du lait ou la santé de la nourrice semble se modifier. Ces troubles passagers dépendent de la plus ou moins grande abondance des produits de sécrétion des sucs gastrique, biliaire, pancréatique, de l'addition de produits muqueux ou d'altérations protéiques des matières albuminoïdes du lait. Souvent aussi, sachez-le bien, le mystère de cette lientérie accidentelle n'est pas un secret pour la nourrice. L'approche ou l'apparition

(1) J'ai déjà traité ce sujet dans ma leçon sur la dyspepsie. C'est donc une redite volontaire.

des règles, des excès de table ou de liqueurs, les contrariétés, les énervements dus à une situation toujours surveillée, en rendent parfaitement oompte.

Dans certaines saisons, nous invoquerons l'influenee atmosphérique. En été, dans les contrées chaudes, la lientérie et la diarrhée sont la règle chez les nouveau-nés et sont d'une fréquence extrême chez les autres enfants qui, du reste, absorbent des fruits, des légumes et des boissons aqueuses en des proportions démesurées. Vous vous rappelez le nombro considérable d'enfants diarrhéiques qui passent sous nos yeux pendant les mois de juillet, d'août et quelquefois de septembre. Par contre, l'impression pénible du froid et la suppression des fonctions cutanées arrivent au même résultat ; il se produit des actions réflexes et des hyperhémies internes. Sous l'influence des variations brusques de la température, tout aussi bien en été qu'en hiver, la glande hépatique se congestionne, chez les enfants, avec une extrême facilité. Tantôt la bile s'y forme et se déverse en excès, tantôt les canaux d'émission se contractent spasmodiquement et le flux biliaire est momentanément suspendu, comme refoulé vers sa source et les vaisseaux sanguins. Enfin, parfois la fonction hépatique se tarit au même titre que la fonction rénale se ralentit ou s'arrête passagèrement dans les mêmes circonstances de refroidissement. De là des troubles dyspeptiques et diarrhéiques par émulsion incomplète des aliments gras. D'ailleurs, la muqueuse intestinale participe également à ce choc en retour; et ses fonctions d'absorption sont remplacées par une hypersécrétion séro-muqueuse, nouvel élément de dérangement diarrhéique.

Vous ne sauriez croire combien, après les ingesta, les refroidissements possèdent une influence active chez les enfants non vêtus qu'on prétend aguerrir. Quand ils ne prennent pas des bronchites, ils sont atteints de diarrhée. Les mères ne peuvent se résoudre à habiller les enfants des grandes villes. Il faut en tous temps qu'ils soient découverts par le haut comme par le bas. On a plus de soin de leur toilette que de leur hygiène. Le costume est brillant, mais la santé est compromise. On les sort d'un appartement surchauffé, garni de tapis et de tenture pour les exposer sans plus de précautions aux courants d'air des portes-cochères, des rues ou du bois sans que la garde et la nourrice soient conscientes de leurs mauvais effets.

Je me laisse volontiers entraîner dans des dissertations reposant en apparence sur une étiologie banale et placée au chapitre de toutes les maladies. Mon excuse est dans l'indifférence du public ot la conviction que mon observation ne saurait être contredite. Vous aurez beaucoup de peino à la faire partager par l'entourage des enfants; mais quand vous y parviondrez, vous auroz rendu un grand service à ceux qui en bénéficieront.

Je ne suis pas assez absolu pour nier que certains enfants supportent indifféremment les extrêmes do température. L'exception confirme la règle, croyez-le bien.

Quelquefois, c'est une *médication intempestive* qu'il faut incriminer.

Il est des bébés à la mamelle, déjà affaiblis par la misère physiologique, à qui on fait prendro avant l'âge d'un an de l'huile de foie de morue, du fer, de l'iode — le tout incorporé dans des sirops à base de glucose de pommes de terre. Chez d'autres, vous constaterez des lientéries et des diarrhées catarrhales par abus des vomitifs, des purgatifs, des substances grasses en excès.

Nombre de substances, veuillez vous en souvenir, l'ipéca, la belladone, le colchique en tête, provoquent des hypersécrétions intestinales.

Dans d'autres eas, l'état lientérique et catarrhal reconnaît pour cause la présence de *vers intestinaux*, circonstance assez fréquente à la campagne, où les fruits verts sont à la disposition des enfants, et les eaux ne sont point filtrées. Toutefois, défiez-vous des assertions des parents, qui rattachent à la présence des vers les affections obscuros. Exigez le corps du délit. Sans cette sage précaution, vous prescririez à un diarrhéique des remèdos vermifuges et des purgatifs qui n'auraient d'autre effet que d'affaiblir les enfants et d'aggraver leur maladio.

Toutes ces causes frappent immédiatement les voies digestives, mais il en est d'autres dont l'action est indirecte.

A l'époque de la *dentition*, il n'est point raro de voir survenir une diarrhée lientérique et catarrhale tout à la fois. Le fait et la coïncidenco non aussi fréquente, que les commères le supposent, ne peuvent être révoqués en doute. Reste à en donner une explication. Elle est loin d'être aussi facile qu'on veut bien le dire. Prenons l'exemple le plus frappant, et peut-être le plus rare, celui des bébés dont les gencives sont chaudes, douloureuses, la joue inégalement colorée, et chez lesquels la distension genoivale provoque des cris, une agitation constante et par suite des paralysies réflexes, susceptibles de faire naître des stases sanguines vers l'encéphale, et le tube gastro-intestinal. Sans vouloir accorder ici un crédit illimité à tous les phénomènes qui sont mis sur le compto de la dentition, le fait est néanmoins patent, manifeste; l'évolution dentaire amène parfois des congestions de l'encéphale et de l'appareil digostif (muqueuse et glandes), dont l'apparition et les récidives accompagnent exactoment la sortie des dents.

La diarrhée catarrhale *de la peur*, de la douleur ne reconnait point d'autre explication.

Un certain nombre d'affections du systèmo *cérébro-spinal* agissent non par un détour réflexe, mais directement sur les vaso-moteurs.

Telles sont les *lésions cérébrales* (sclérosos, hydro-encéphalie, etc.), les altérations spinales par mal de Pott, le mal de Pott par dégénérescences de la moolle. Dans les paraplégies, quelle qu'en soit la causo, la constipation alterne avec la diarrhée, — c'est l'atonie musculaire qui se réunit à la paralysie vasculaire pour produire ces résultats successifs. Souvent aussi, comme dans la paralysie *diphtéritique*, aux lésions nerveuses s'ajoutent les altérations du sang, dont l'influenco sur les voies digestives ne saurait être indifférente.

J'estimo que vous n'avez pas oublié l'histoire de quelques diarrhécs survenucs dans notre service *à la fin d'un exanthène*; elles semblaient en facilitor l'heureuse disparition. (*A suivre.*)

Corps de santé militaire.

Par décret en date du 27 septembre 1885, rendu sur la proposition du ministre de la guerre, ont été nommés au grade de médecin et pharmacien aide-major de 2e classe, les médecins et les pharmacieus stagiaires à l'École du Val-de-Grâce qui ont satisfait à l'examen de sortie de ladite école.

Médecins. — MM. Bernard, Ferrier, Loison, Raincy, Lebon, Odile, Vallois, Pech, Pauzat, Fradet, Trédois, Jannot, Tricot, Castel, Pouillaude, de Casaubon, Letellier, de Vésian, Farganel, Pinssan, Kraus, Baradat, Colombel, Brault, Eymeri, Boyer, Nabona, Duco, Jacquin, François, Goudal, Simon, Auger, Vaisse, Pruvost, Estor, Bocs, Sagrandi, Boyé, Monri. Bourdin, Quéhery, Saintin, Lejour, Marignac, Drély.

Pharmaciens. — MM. Gaillard, Cornutrait, Gazac, Lahache. Bonnafons.

CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIQUES

Faculté de médecine de Lille. — **M. H. LELOIR.**

Leçons sur la Syphilis (1);

Professées à l'hôpital Saint-Sauveur.

Variétés d'origine néoplasique. — *A.* L'induration, au lieu d'être moyenne ou grande, peut être considérable. Ainsi Mauriac parle d'un chancre dont l'induration, grosse comme une pomme d'api, entraînait la lèvre inférieure. J'ai vu dans le service de Fournier, en 1882, un chancre papulo-hypertrophique de la face, du volume d'une noix, saillant, énorme et dont je vous reparlerai à propos du diagnostic. Car, messieurs, ces grosses indurations ont été prises parfois pour des tumeurs malignes, des cancers, etc.

B. Dans certains cas, par suite de la nécrose plus ou moins étendue du syphilôme, le chancre devient ulcéreux. Ici nous devons distinguer plusieurs cas.

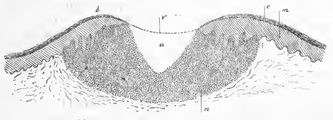


Fig. 93. — E. *Chancre ulcéreux par nécrose partielle du syphilôme.* — c. Couche cornée. — *m.* Corps de malpighi. — *b.* Bord du chancre. — *n.* Néoplasme, syphilôme qui nécrose partiellement dans ses régions centrales, produit ainsi l'ulcération *u.*

a). *Ulcération par nécrose partielle du syphilôme.* — Ou bien, il n'y a nécrose moléculaire que d'une partie du néoplasme. Dans ce cas, il se produira au centre du chancre une ulcération plus ou moins profonde creusée en évidoir ou en entonnoir comme vous le pouvez constater sur ces malades. L'examen histologique montre presque toujours alors les vaisseaux qui passent dans le syphilôme primaire (veines et artérioles) obstrués par des cellules endothéliales tuméfiées, des cellules lymphatiques, et de la fibrine englobant ces cellules endothéliales et lymphatiques.

Ces lésions de thrombose qui ont été bien étudiées par Cornil nous expliquent comment, par suite de l'arrêt plus ou moins complet de la circulation sanguine dans les vaisseaux ainsi obstrués, les éléments cellulaires de la région alimentée par ces vaisseaux souffrent dans leur nutrition (Cornil), et c'est ainsi que les éléments cellulaires des parties du syphilôme où se produisent ces troubles de la circulation, deviennent granulo-graisseux et meurent. C'est ainsi que se nécrosent les régions centrales du syphilôme et que se produit la perte de substance plus ou moins profonde du chancre ulcéreux.

Ce sont surtout les grosses indurations qui se nécrosent et présentent ces lésions vasculaires. Mon maître, le professsur Cornil, a constaté dans des gommes cutanées, des lésions vasculaires absolument analogues aux lésions d'oblitération que nous venons de décrire d'après lui, dans le chancre. Donc, ici encore, nous constatons l'identité morphologique des syphilômes des différentes périodes, identité sur laquelle j'ai déjà tant insisté.

(1) Voir *Progrès médical,* nos 11, 12, 16, 17, 20, 21, 25, 27, 29 33, 35 et 38.

b). *Ulcération par nécrose totale du syphilôme primaire.* — Cette ressemblance du syphilôme primaire avec les gommes s'accentue encore dans certains cas. On voit parfois que le syphilôme primaire se nécrose en masse et s'élimine comme un véritable bourbillon gommeux, laissant après son élimination une véritable caverne gommeuse. C'est l'ulcération par ramollissement ou nécrose totale du néoplasme. Ce phénomène, rare d'ailleurs, se rencontre dans les grosses scléroses noueuses, il a été étudié par Clerc sous le nom de ramollissement aigu de l'induration. Vous en avez vu quelques beaux exemples dans mes salles.

c). *Ulcération par nécrose totale du syphilôme primaire avec nécrose partielle des tissus ambiants.* — Enfin, comme vous pouvez le constater sur ces malades, la nécrobiose peut ne pas frapper seulement le syphilôme primaire, mais atteindre aussi les tissus ambiants. C'est le ramollissement total du néoplasme avec nécrobiose des tissus ambiants. Ici, nous touchons presque au phagédénisme. Cette variété du chancre ulcéreux est au chancre cru ou non ulcéreux, ce que la gomme ramollie, avec légère nécrose des tissus ambiants, est à la gomme crue (1).

En résumé, Messieurs, vous voyez que le syphilôme primaire peut, comme les autres syphylômes, être non résolutif. Vous voyez qu'une partie ou la totalité du syphilôme peut se nécroser et s'éliminer comme dans les gommes, et ces faits, bien que assez rares, n'en sont pas moins d'une importance majeure au point de vue de la pathologie générale de la syphilis.

Donc, lorsque le syphilôme primaire est ulcéreux, il peut être ulcéreux : 1° par nécrose partielle du néoplasme ; 2° par nécrose totale du néoplasme ; 3° et même par nécrose totale du néoplasme avec nécrose légère des tissus ambiants.

Evolution du chancre-cicatrisation. — Messieurs, la durée du chancre est variable, et dans cette durée, il faut distinguer la durée de l'érosion et la durée de l'induration (du syphilôme proprement dit). D'une façon générale la durée de l'induration est beaucoup plus longue que celle de l'érosion.

D'ailleurs, il est difficile de déterminer d'une façon précise la durée moyenne du chancre en général. Elle est de un à deux et trois mois en moyenne.

Dans certains cas, la durée de l'érosion chancreuse est des plus courtes. Ce sont, en général, les petits chancres qui ont une aussi courte vie. Fournier parle d'un chancre qui, du début à la fin dura seulement 14 jours. Vous avez vu dans le service un chancre nain également qui dura 18 jours. Les chancres utérins disparaissent très vite. Contrairement aux petits chancres à petites indurations, qui ont une durée courte, les grands chancres à grosses indurations durent longtemps. Vous avez vu dans le service les érosions ou les ulcérations de ces chancres durer 9 semaines et plus. D'ailleurs, les irritations, la mauvaise hygiène viennent prolonger la durée de l'érosion ou de l'ulcération. Les chancres de la grossesse durent longtemps comme l'a signalé, le premier, A. Guérin. Fournier et Porak ont publié dans la thèse de Cernatesco (1875) l'observation d'un chancre survenu pendant le cours d'une grossesse, qui dura 8 mois.

(1) Il s'agit, dans ces deux cas, de nécroses des tissus voisins du syphilome, de nécroses non spécifiques primitivement et à distance, secondaires à des lésions vasculaires spécifiques. Je vous en ai parlé dans ma première leçon.

D'autre part, il est certain que les soins locaux et le traitement mercuriel à l'intérieur hâtent la guérison, la cicatrisation du chancre. Quoi qu'il en soit, voici ce qui se passe lorsque le chancre tend à la réparation. On voit l'aspect de l'érosion se modifier. Le fond du chancre se déterge de sa fausse membrane si c'est un chancre gris ; si c'est un chancre rouge, la teinte rouge sombre devient plus rose. Dans les deux cas, l'érosion ou l'ulcération chancreuse prend l'aspect de bon aloi d'une plaie qui se répare ; elle devient plus rose, elle bourgeonne légèrement, la suppuration devient plus franche et, peu à peu, l'érosion ou l'ulcération finit par se cicatriser au bout d'un temps plus ou moins long.

Peu de temps après le changement d'aspect de l'érosion, parfois peu de jours après, parfois plus tard, on constate que l'induration diminue ; mais cette diminution de l'induration se fait bien plus lentement que la cicatrisation de l'érosion ou de l'ulcération. L'érosion est depuis longtemps cicatrisée, que l'induration, le syphilôme persistent encore. Peu à peu le syphilôme, l'induration diminuent, ils fondent graduellement et finissent par disparaître ; mais il n'est pas rare de voir l'induration persister des semaines, des mois et même des années après la cicatrisation complète du chancre. Vous en avez vu plusieurs cas cette année dans mon service.

Bien plus, certains auteurs ont signalé la persistance de l'induration 9 ans après la cicatrisation (Puche), 14 ans après (Verneuil) et même 30 ans après (Ricord). Cependant, je me demande si, dans ces cas de longue durée de l'induration, il s'agit d'un véritable syphilôme. Je pense plutôt qu'il s'agit dans ces cas-là de sclérose, de production de tissus cicatriciels à tendance plus ou moins kéloïdienne, consécutive à la résorption interstitielle ou non du syphilôme primaire spécifique.

Avant de vous parler de la cicatrice du chancre infectant, je dois vous signaler une transformation possible *in situ* du premier syphilôme. Parfois, en général du 15e au 50e jour, on voit le chancre se transformer *in situ* en plaques muqueuses. Cette transformation est plus fréquente et plus hâtive chez la femme que chez l'homme. Elle a été signalée en 1845 par Davasse et Deville, et étudiée ensuite par Ricord, Clerc, Langlebert, etc. Cette transformation a constitué un des principaux arguments sur lesquels s'appuyait Ricord lorsqu'il niait le caractère virulent et contagieux des accidents secondaires.

Voici donc le chancre cicatrisé et même le syphilôme complètement disparu. Le chancre infectant laissera-t-il à sa suite une *cicatrice* ? Ici, les opinions des auteurs sont on ne peut plus contradictoires. Pour les uns, Rollet, Fournier, la cicatrice est exceptionnelle. Elle manquerait 49 fois sur 50 (Fournier). Pour d'autres auteurs au contraire, Horand de Lyon, Diday et Doyon (Notes à leur traduction de la syphilis bactérienne du professeur Neisser, *in annales de dermatologie* 1884), Montaz, etc., la trace du chancre serait perceptible pendant toute la vie. Et cette persistance d'un vestige tout particulier serait pour le chancre infectant un des bons signes différentiels d'avec le chancre qui n'infecte pas, d'avec la chancrelle de Diday. Nous voici donc bien loin de l'opinion de Fournier. D'ailleurs Baumès, Ricord, Langlebert, Clerc, Jullien, etc., considèrent la cicatrice du chancre infectant comme relativement assez fréquente. Dans son excellent traité de la syphilis, Lancereaux dit que le chancre infectant est suivi d'une cicatrice durable dans les deux tiers des cas.

Il nous est difficile de nous prononcer en présence d'opinions aussi absolues et aussi contradictoires émises par des syphiligraphes de la valeur de Rollet et Fournier d'une part, et de Horand, Lancereaux, Diday et Doyon d'autre part. Des recherches nouvelles fondées sur un grand nombre de faits nous paraissent nécessaires. Je les poursuis en ce moment en cherchant avec le plus grand soin chez tous les syphilitiques hommes qui passent dans mon service l'existence ou l'absence de la cicatrice. Voici une statistique des malades ayant été atteints de chancres infectants des organes génitaux observés dans mes salles des hommes pendant ce semestre. Cette statistique repose sur un trop petit nombre de faits pour qu'il nous soit permis d'en tirer la moindre conclusion. Je vous la donne cependant pour vous montrer que le chancre infectant laisse, en somme, assez souvent à sa suite, des cicatrices. Sur 50 cas, nous voyons 24 fois se produire une cicatrice, ce qui fait une cicatrice pour deux chancres. Dans ces 24 cas, la cicatrice persistait 2 fois après 15 ans ; 1 fois après 6 ans ; 1 fois après 4 ans ; 1 fois après 4 ans et demi ; 1 fois après 2 ans et demi ; 4 fois après 2 ans ; 2 fois après 1 an et demi ; 1 fois après 1 an. Dans les autres cas elle était plus récente. Donc sur un total de 50 syphilitiques anciens de notre salle des vénériens, 13 fois le chancre infectant a été suivi de cicatrice persistante au bout d'un espace de temps variant de 1 à 15 ans. Ce qui nous donne en tout 3 cicatrices durables, permanentes et nettes sur 50 cas ; quant aux 11 autres, les cicatrices sont encore trop récentes pour que nous soyons en droit de les considérer comme permanentes. Néanmoins, vu l'étendue de quelques-unes d'entre elles, je suis persuadé que plusieurs de celles-ci seront permanentes.

En effet, dans cette étude des cicatrices, il faut distinguer entre cicatrices existant encore quelques mois ou quelques années après la disparition du chancre, ou passagères, et cicatrices permanentes durant toute la vie. Il ne faut pas oublier que les chancres cutanés sont plus souvent suivis de cicatrices que les chancres des muqueuses. Il ne faut pas oublier non plus que la manie des cautérisations peut déterminer des cicatrices qui, en elles-mêmes, ne peuvent donc être considérées comme des cicatrices de chancres infectants. Enfin, je n'en finirais pas si je voulais vous signaler les causes multiples d'erreurs, la difficulté qu'il y a à se faire une opinion dans une question aussi importante. Quoi qu'il en soit, je pense que la question de la cicatrice du chancre peut actuellement tout au moins se résumer dans les proportions suivantes : La cicatrice peut être nulle ; le fait s'observe surtout dans les chancres érosifs, très superficiels, et à indurations minimes et en particulier dans le chancre des muqueuses. La cicatrice peut être minuscule ; elle peut ne pas être plus grande qu'une petite tête d'épingle. Parfois, elle est plus grande ; mais dans ces deux cas, elle est toujours tellement superficielle, qu'il faut, ainsi que je vous l'ai montré, regarder la cicatrice à la lumière oblique pour la voir. Ceci est surtout nécessaire pour les cicatrices lisses, très superficielles, consécutives au chancre des muqueuses. Souvent la cicatrice consécutive au chancre cutané, bien qu'aussi superficielle, se voit plus facilement par suite d'une pigmentation, d'une teinte bronzée plus ou moins accentuée qui se fait à son niveau, teinte bronzée bien signalée par Ricord, Clerc, etc.

Dans des cas plus rares, le chancre infectant est suivi d'une cicatrice plus nette. Cicatrice qui, j'aurais dû vous le dire, affectera toujours la forme du chancre

dont elle provient. Cette cicatrice peut être consécutive à un chancre véritablement ulcéreux. Mais parfois elle succède à un chancre nullement ulcéreux, simplement érosif. Dans ce dernier cas, elle est consécutive à l'atrophie interstitielle du derme, dans lequel s'est développé le syphilôme primaire ; elle se produit sans ulcération ; elle est comparable aux cicatrices que l'on observe parfois à la suite de la résorption d'une gomme ou d'un tubercule cutané non ulcéré.

Enfin, comme l'a signalé Jullien, la cicatrice du chancre peut être saillante, kéloïdienne. J'ai eu l'occasion de pratiquer l'examen histologique d'une cicatrice saillante consécutive à un chancre infectant de la face interne du prépuce. Vous voyez sur ces préparations que cette cicatrice est constituée par un tissu tout à fait comparable à celui de certaines kéloïdes de la peau dont voici d'autres préparations. Dans un autre cas (il s'agissait ici d'un chancre infectant du repli balano-préputial), le tissu scléreux de la cicatrice était assez riche en vaisseaux. Il y aurait, à mon avis, plusieurs variétés cliniques à établir dans ces cicatrices kéloïdiennes ou mieux saillantes (kéloïdiennes scléreuses, kéloïdiennes vasculaires).

Je devrais noter en terminant les poussées parfois successives de réinduration, de congestion se produisant au niveau de la cicatrice du chancre et dont vous avez pu voir quelques beaux exemples. J'y reviendrai plus tard. Je vous dirai seulement que parfois, sans cause appréciable, il se produit de véritables poussées congestives du côté de ces cicatrices, surtout des cicatrices saillantes, poussées congestives très curieuses et que j'ai observées chez plusieurs malades (1).

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

De l'allaitement artificiel.

Nous avons, dans un article précédent (2), insisté sur les avantages de l'allaitement naturel et surtout de l'allaitement maternel. Nous avons proclamé bien haut sa supériorité, nous avons déploré son abandon trop commun dans la société parisienne. Nous voulons bien reconnaître cependant que l'allaitement artificiel est parfois le seul possible et qu'il est urgent d'en étudier les règles.

On est loin de s'entendre, en effet, sur les détails de la pratique et même sur les principes fondamentaux. Les uns sont pour le biberon, les autres proscrivent cet instrument ; ceux-ci veulent le lait bouilli, ceux-là le donnent tiède ; quelques médecins n'hésitent pas à recommander le lait pur, la plupart le coupent avec des liquides variés. Il y aurait donc un grand intérêt à dissiper toutes les incertitudes qui accroissent les dangers de l'allaitement artificiel et à poser une fois pour toutes les lois de ce mode d'allaitement. Sans doute, quoi qu'on fasse, on doit s'attendre à des ennuis, à des accidents : toutes les précautions les plus sages, tous les soins les plus minutieux ne feront pas que l'allaitement artificiel ne soit un mode d'allaitement défectueux. Jamais nous n'approcherons de l'allaitement maternel ; notre but plus modeste est seulement de supprimer une partie des dangers, sinon tous les dangers inhérents à l'allaitement artificiel.

Après l'allaitement féminin qui représente l'idéal dont il faut chercher à se rapprocher, l'allaitement au pis d'un animal est le plus séduisant. On sait que Parrot, aux Enfants-Assistés, avait obtenu de très beaux résultats avec le pis de l'ânesse. Malheureusement il est difficile, à Paris, de généraliser l'emploi de cet animal. Les familles aisées qui pourraient se payer le luxe d'une ânesse, ont sous la main quelque chose qui vaut mieux, la nourrice du Morvan ou de la Bourgogne. Quant aux familles pauvres qui ont déjà assez de peine à se procurer de mauvais lait chez un crémier, il serait dérisoire de leur vanter la supériorité du lait d'ânesse. Ce n'est que pour certains cas particuliers et exceptionnels que nous recommandons l'allaitement au pis d'un animal ; nous avons parlé de l'ânesse qui est à la mode, peut être pourrait-on essayer la jument, la chèvre, la brebis, la chienne. Ces essais, qui ont été faits pour la plupart, sont restés isolés ou ignorés ; nous croyons qu'ils rendraient des services à la campagne.

Le lait de vache reste, en dernière analyse, la grande ressource de l'allaitement artificiel ; à Paris, nous n'avons guère à compter que sur lui. Ce lait provient de deux sources principales : de vaches nourries à la campagne et de vaches domiciliées à Paris. Faut-il accorder la préférence aux premières, sous prétexte qu'elles vivent au grand air et dans les pâturages, alors que les autres sont condamnées à la réclusion et aux fourrages secs ? Certes le lait de celles-là doit être supérieur au lait de celles-ci. Mais le premier voyage et peut s'altérer en route ; le second, trait sous nos yeux, peut être immédiatement absorbé. Les vaches parisiennes, dit-on, seraient souvent phtisiques et la tuberculose transmissible par le lait est un danger sérieux contre lequel il faut se prémunir. Or, cette transmissibilité de la tuberculose par le lait, admise par Klebs, Cohnheim, H. Martin, n'est pas démontrée. Il ne faut donc pas condamner sans appel le lait des vacheries parisiennes, d'autant plus que le lait expédié de province est souvent altéré par des coupages. Ces coupages sont de véritables falsifications qui peuvent avoir, sur la santé publique, des conséquences déplorables. Je veux bien que l'eau ajoutée au lait soit le plus souvent pure et inoffensive ; mais lorsqu'il s'agit d'un nourrisson, il n'est pas indifférent d'avoir un lait pur ou un lait coupé à l'insu de l'acheteur. D'autre part, l'eau peut être impure, elle peut être le véhicule de la fièvre typhoïde, du choléra ou d'autres maladies infectieuses. Cette eau non distillée, non purifiée par les trafiquants, ne contiendrait-elle que des œufs d'ascarides, que nous devrions la proscrire absolument. L'addition d'eau au lait est donc une véritable falsification qui appelle toutes les sévérités de la justice. Nous supposons que l'eau ajoutée au lait soit de l'eau de source pure, filtrée, distillée, etc., ne contenant par conséquent aucun germe, aucune

(1) Dans 2 cas, j'ai vu une cicatrice minuscule, devenir en deux jours saillante comme un haricot. Il n'y avait pas là de néoplasme vrai, mais une sorte de congestion localisée. Cette poussée congestive était survenue sans cause appréciable. Dans ces cas elle se reproduisit plusieurs fois en [illegible] ans (4 et 5 fois). Elle disparaissait sans traitement au bout de 8 jours, sans induration consécutive. Dans les 2 cas, elle fut suivie quelques jours après son apparition de syphilides (papules dans un cas, tubercules dans un autre) — Cela indiquerait-il le reveil du virus ?

(2) *Progrès médical*, 1885, n° 23.

matière organique, et nous disons que, même dans ces conditions, le coupage du lait est une falsification. Vous me direz que le lait de vache est trop fort pour les enfants, que sa composition chimique l'éloigne du lait de femme et que les additions et les coupages que vous faites ont précisément pour but et pour résultat de rendre le lait de vache *chimiquement* analogue au lait de femme. Je vous répondrai que la chimie doit céder le pas à l'observation et que l'eau de composition du lait, au moment où il sort du pis, diffère moléculairement ou *physiologiquement*, sinon chimiquement, de l'eau de source. Comme le disait le Dr Archambault dans ses leçons (1), le lait est un liquide *vivant*, qu'aucune synthèse chimique ne remplacera. C'est en vertu de ce principe que nous repoussons a priori tout *coupage* du lait destiné aux nourrissons et que nous prescrivons le lait pur et naturel, tel qu'il sort du pis de la vache. D'ailleurs, en pratique, nous n'avons qu'à nous féliciter d'avoir combattu la théorie des *coupages du lait* professée par un bon nombre de médecins éminents et adoptée par la plupart des praticiens, des sages-femmes et des matrones de tous les pays.

Nous ne voulons pas faire le procès à la chimie et nous comprenons très bien que des médecins la prennent pour guide ; si le lait de toutes les femmes avait la même composition, si d'autre part le lait de toutes les vaches en différait constamment par la proportion des matériaux essentiels, un coupage méthodique destiné à rétablir l'équilibre serait admissible. Mais il y a souvent plus de différence entre deux laits de femme qu'entre celui d'une femme et celui d'une vache. Que m'importe qu'il y ait plus de caséine dans celui-ci, que dans celui-là, si le nourrisson digère bien et se développe. Car tout est là, et la chimie doit s'incliner devant la balance.

Ces principes admis, nous ne faisons pas difficulté de reconnaître que la nourriture donnée aux femelles influe beaucoup sur la composition du lait et par contrecoup sur la santé des nourrissons. C'est ainsi que le lait des vaches nourries avec de la drèche aurait donné la mort à plusieurs enfants d'Argenteuil et de Cormeilles, d'après une note du Dr Dourlen communiquée à l'Académie par M. Th. Roussel (2).

Les médecins inspecteurs des nourrices devront donc surveiller particulièrement les communes dans lesquelles la drèche des fabriques d'alcool de grains est donnée en pâture aux vaches laitières. Faut-il faire bouillir le lait destiné aux enfants nouveau-nés ? Quelques médecins poursuivis par l'idée de la transmissibilité de la tuberculose de la vache à l'enfant, n'hésitent pas à conseiller partout et toujours l'ébullition purifiante de ce liquide. Nous ne croyons pas que, pour éviter un danger chimérique, on soit autorisé à altérer le lait par l'ébullition. Le lait bouilli n'est plus du *lait naturel* et la plupart des enfants le digèrent avec difficulté. Il suffit que le lait soit amené au bain-marie à la température du corps (37° environ). A Paris, au milieu des chaleurs de l'été, le lait ne peut se conserver plusieurs heures sans être bouilli ; d'où un inconvénient sérieux qu'on ne rencontre pas à la campagne où la traite des vaches peut se faire deux ou trois fois par jour. Y a-t-il un réel avantage à donner toujours à l'enfant le lait de la même vache ? Sans doute, car son tube digestif une fois accommodé à ce lait pourrait devenir intolérant pour un lait qui serait de qualité différente. Cependant il ne faudrait pas pousser les choses à outrance et si la nécessité l'exigeait, on ne s'arrêterait pas à un changement de vache le plus souvent indifférent.

Relativement au nombre et à la quantité des prises de lait par 24 heures, on s'inspirera des règles que nous avons établies dans l'allaitement maternel : huit repas dans les 24 heues pour le premier mois, plus tard sept ou même six repas suffiront au nourrisson. L'allaitement exclusif, sans mélange d'aucune substance solide, d'aucune farine ou fécule, sera continué jusqu'à 12 mois au minimum. Plus tard, on sera autorisé à faire intervenir des œufs, des laitages, etc. Malgré toutes ces précautions, l'athrepsie quelquefois, le rachitisme souvent viendront attester la supériorité absolue de l'allaitement maternel sur tous les autres modes d'allaitement. Les avis sont partagés sur la question du biberon ; en principe, beaucoup de médecins reconnaissent les dangers inhérents à l'usage de cet instrument meurtrier ; en pratique, peu d'entre eux prendraient la responsabilité de le proscrire et quant aux femmes et nourrices, toutes ou presque toutes lui sont favorables. Notre conviction sur ce point est faite, elle est absolue et repose sur des données certaines. Notre expérience personnelle, insuffisante sans doute, est corroborée par toutes les statistiques qui sont là pour nous dire que les enfants élevés au biberon paient un tribut effroyable à l'athrepsie et au rachitisme. C'est le biberon qui élève à un taux excessif la mortalité et la morbidité infantiles de notre pays. A Paris, c'est au biberon que nous devons 4 ou 5000 décès annuels, sans compter les rachitiques et les scrofuleux dont le nombre est incalculable. Sans doute, à la campagne, les méfaits du biberon sont moins grands ; encore manquons-nous de chiffres pour établir la différence. Nous savons bien que le biberon n'est pas le seul coupable et qu'il faut incriminer l'incurie, la malpropreté, les coupages et l'alimentation grossière ajoutée au lait ; mais le biberon seul, surtout au moment des chaleurs, par les fermentations qui se développent dans le vase et dans le long caoutchouc qui y plonge, explique ces diarrhées cholériformes, ces gastro-entérites des nouveau-nés, ces athrepsies à marche rapide qui les fauchent par centaines pendant les chaleurs de l'été.

Voilà pourquoi nous ne craignons pas de nous buter contre l'opinion commune en renversant la légende du *biberon*. Frappés des inconvénients du biberon ordinaire, du biberon à long tube que les réclames tapageuses de certains industriels ont rendu classique, quelques médecins ont gardé le vase et l'embout et supprimé le tube. C'est un perfectionnement utile ; mais pourquoi s'arrêter là, quand il est si facile de supprimer d'un seul coup le biberon ? L'allaitement artificiel pratiqué directement au *petit pot*, comme on disait autrefois, c'est-à-dire au verre, à la tasse, à la cuiller, n'offre pas plus de difficultés et présente moins

(1) *Progrès médical*, 1883.
(2) *Bulletin de l'Acad. de méd.*, 5 mai 1885

de dangers que l'allaitement au biberon. Par ce procédé, on rend facile la propreté absolue des vases destinés à contenir le lait et on éloigne ainsi le principal danger. Chaque fois qu'on doit donner du lait à l'enfant, c'est-à-dire toutes les deux ou trois heures, suivant son âge, on met dans une petite tasse 100 ou 150 grammes de lait pur et frais ; on fait chauffer au bain marie jusqu'à 37° et on donne à l'enfant directement ou avec une cuiller le lait ainsi préparé.

C'est ainsi que nous comprenons, jusqu'à plus ample informé, l'allaitement artificiel. Dr J. COMBY.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 6 octobre 1885. — PRÉSIDENCE DE M. J. BERGERON.

M. GALEZOWSKI fait une communication relative à un *nouveau mode de pansement, après l'extraction de la cataracte*. Depuis trois ans, M. Galezowski a abandonné la méthode allemande d'extraction de la cataracte pour revenir à la méthode française, c'est-à-dire à l'opération sans iridcotomie. Le succès dépend du pansement postopératoire. A cet effet, M. Galezowski recouvre la plaie cornéenne avec des larges rondelles de gélatine collante combinée avec la cocaïne et le sublimé. Cette matière ne se dissout dans les larmes qu'au bout de huit à quatorze heures, ce qui permet à la plaie de se réunir par première intention.

M. G. SÉE poursuit sa communication sur le *traitement de l'obésité* et insiste plus particulièrement sur le traitement de la surcharge graisseuse du cœur. L'état graisseux du cœur se présente sous deux aspects différents. Dans le premier cas, il s'agit d'une transformation graisseuse ou scléro-graisseuse du muscle cardiaque, de cause purement locale ; dans le second cas, le cœur est infiltré de graisse. Ici, c'est le cœur des gens obèses. Quel traitement convient-il de leur prescrire ? Le régime, solide et liquide, reste celui de l'obésité. Quant aux exercices musculaires, ils exigent les plus grandes précautions. Dans tous les cas de transformation et même d'infiltration graisseuse, le traitement par les eaux minérales, par les bains chauds, les sudations, et surtout par l'hydrothérapie, se trouve contre-indiqué. Il en est de même de la médication, dite révulsive. Le traitement causal engendre également toutes sortes de déceptions. Reste donc le traitement médical : le lait, les iodures, les cardio-toniques. Le traitement de l'asthme cardiaque, enfin, réclame les mêmes moyens, diversement combinés avec certains médicaments, tels que la pyridine en inhalation, la morphine en injection.

M. TERRILLON fait une intéressante communication sur un *lipôme du mésentère*, chez un homme âgé de 34 ans. Ce lipôme, qui pesait 57 livres, fut énucléé péniblement ; les vaisseaux furent liés et le ventre suturé. Aujourd'hui le malade peut être considéré comme guéri.

M. GIRAUD-TEULON fait plusieurs communications, l'une sur les *recherches cliniques sur l'hypermétropie* ; l'autre, sur l'*asthénopie accommodatrice ou hypermétropique scolaire.* A. JOSIAS.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 30 janvier 1885. — PRÉSIDENCE DE M. CORNIL.

23. Persistance du canal artériel chez une femme de 51 ans; par J. DARIER, interne des hôpitaux.

La nommée Al..., 51 ans, couturière, entre le 8 novembre 1884, à l'hôpital Saint-Antoine (service de M. MESNET). Elle est dans un état d'asystolie qui semble assez grave.

Dans ses antécédents héréditaires il n'y a rien qui mérite d'être noté : le rhumatisme en particulier était inconnu dans sa famille. Elle-même a eu à six ou sept reprises, des attaques de rhumatisme articulaire aigu bien caractérisé. La première attaque s'est produite à l'âge de 17 ans. Mais cette femme nous raconte qu'auparavant déjà et aussi loin que remontent ses souvenirs, elle a souffert de palpitations. A l'occasion de son premier rhumatisme, et dans les cinq ou six attaques qu'elle a eues depuis, ses battements de cœur ont augmenté. En dehors des périodes où elle souffrait de ses articulations, elle pouvait néanmoins vivre d'une vie normale, et seuls les efforts violents ou prolongés ramenaient ces palpitations, lesquelles néanmoins n'étaient accompagnées d'aucun accès de suffocation bien notable. Jamais elle n'avait eu d'œdème des membres inférieurs, ni d'épistaxis. Mais elle était très sujette à des éblouissements passagers. Les règles ont été normales jusqu'à 48 ans et ont cessé brusquement à ce moment. Elle a eu deux enfants nés à terme, et ses grossesses se sont écoulées sans incident. Mais elle a conservé depuis lors une hernie ombilicale, grosse comme une pomme, et deux petites hernies crurales, tres facilement réductibles du reste. Depuis deux mois, ses forces ayant diminué et les palpitations devenant plus pénibles, notre malade dut cesser son travail. Depuis un mois, elle s'est aperçue que ses jambes étaient enflées le soir.

A son entrée, on constate que cette femme, qui jouissait naguère encore d'un certain embonpoint, présente un aspect presque cachectique. Sa pâleur est extrême et on note même une teinte subictérique des conjonctives. Les membres inférieurs sont œdématiés jusqu'aux cuisses. Il n'y a pas de dyspnée bien notable, mais la malade tousse un peu et aurait même craché dernièrement quelque filets de sang. L'auscultation des poumons ne révèle que quelques râles sibilants très rares et disséminés. Le pouls est inégal et irrégulier. Il n'y a pas de fièvre.

Le cœur manifestement hypertrophié, soulève un peu la paroi thoracique à chaque systole. Sa pointe bat dans le cinquième espace intercostal, en dehors de la ligne mamelonnaire. A l'auscultation, on trouve dans toute la région précordiale, un souffle systolique doux et prolongé. Ce souffle présente deux foyers d'intensité maximum, dont l'un près de la pointe et sans propagation du côté de l'aisselle ; l'autre au niveau de l'orifice aortique. De ce dernier point, le souffle peut être suivi au moyen du stéthoscope jusque dans les deux carotides et même jusqu'à l'artère axillaire gauche. Partout il est synchrone avec la systole ventriculaire et conserve son timbre doux. Une double lésion d'insuffisance mitrale et de rétrécissement aortique nous a paru pouvoir seule expliquer la distribution particulière de ce signe morbide.

Les artères du cou étaient animées de battements appréciables à la vue, qui donnaient lieu à un faux-pouls veineux. Le foie douloureux à la pression était énorme; débordant les fausses côtes de douze centimètres, son bord atteignait presque la fosse iliaque droite. Les urines rares et colorées offraient un sédiment uratique, et se troublaient légèrement sous l'influence de la chaleur.

Le régime lacté, les purgatifs répétés soulagèrent très peu notre malade. Grâce au repos, les palpitations étaient très supportables. Les urines augmentèrent un peu jusqu'à un litre, mais restèrent albumineuses.

Quinze jours après son entrée, le 22 novembre, la maigreur et l'état cachectique avaient augmenté. L'ictère allait croissant, le foie très gros présentait des battements ; les jambes restaient enflées ; les urines très foncées contenaient toujours de l'albumine Le pouls était assez fort, mais inégal et surtout irrégulier. On trouve à l'auscultation du cœur le même souffle que précédemment, mais en plus du dédoublement du second bruit, surtout pendant la période d'expiration.

Puis survint une somnolence habituelle, accompagnée de délire tranquille. Affaiblissement de plus en plus marqué.

Le 3 décembre, on fut frappé de lui trouver la langue

sèche et comme rôtie. La fièvre était nulle (25°.8 à 36° T.A.) pas de dyspnée, pas d'expectoration. Mais à la base du poumon gauche, on trouva tous les signes d'une pneumonie hypostatique : matité, souffle, râles sous-crépitants fins.

Le lendemain, mêmes signes du côté gauche et, du côté droit, respiration nettement soufflante (accompagnée de râles fins avec sonorité normale. Cependant, le soir même, le 4 décembre à 10 heures, la malade expira.

Autopsie. — *A l'ouverture du thorax* on constate l'existence d'une symphyse pleurale complète du côté droit, à gauche la plèvre contient un peu de liquide citrin. Les lobes inférieurs des deux *poumons* sont d'un rouge sombre, atélectasiés, ne crépitent pas sous le doigt et plongés dans l'eau gagnent le fond du vase. Dans la partie supérieure de ces organes : œdème et congestion. On trouve en outre à la partie moyenne du bord postérieur du poumon droit, un noyau de pneumonie interstitielle chronique bien limité, gros comme une noix. Le *cœur* offre un volume énorme et une surcharge graisseuse assez notable. Sa pointe est bilobée et formée concurremment par les deux ventricules. Toutes ses cavités sont dilatées et remplies de caillots cruoriques. L'orifice mitral paraît suffisant à l'épreuve de l'eau, et c'est à peine si le bord de la valvule est un peu épaissi. Mais le sommet des piliers qui soutendent cette valvule est sclérosé dans une étendue d'un centimètre environ, et sa couleur est d'un blanc nacré. A l'orifice aortique les valvules sont suffisantes et souples dans toute leur étendue, sauf au niveau de leur insertion où elles présentent une certaine rigidité due à un peu d'athérome. Il en pouvait résulter un rétrécissement relatif de l'orifice aortique, mais à un degré presque insignifiant. L'athérome fait défaut dans le reste de l'aorte. L'orifice pulmonaire est parfaitement suffisant et les sigmoïdes sont absolument souples. Mais ce qui frappe au premier abord c'est le calibre manifestement exagéré de l'*artère pulmonaire*, dont les parois ne sont du reste pas altérées. La circonférence interne de cette artère mesurée au niveau des valvules et un peu au-dessus est de 14 centimètres. La même mensuration pratiquée sur l'aorte et au même niveau donne 10 centimètres seulement. L'artère pulmonaire l'emporte donc par son diamètre de 13 millimetres sur l'aorte.

L'incision de l'artère pulmonaire et de la crosse de l'aorte nous a fait découvrir le fait capital auquel ce cas doit tout son intérêt. Il existe sur la concavité de la crosse, un orifice qui fait communiquer la cavité de l'aorte avec la branche gauche de l'artère pulmonaire, c'est-à-dire une *persistance du canal artériel*. A vrai dire, il n'y a pas de canal à proprement parler, mais un simple orifice, les parois des deux artères étant intimement accolées. Cet orifice qui peut admettre un crayon est à peu près circulaire ; en le regardant par l'artère pulmonaire, on y remarque l'existence d'une petite valvule membraneuse insérée sur la partie droite de la circonférence et qui couvre 1/3 environ de son calibre. Elle est peu flottante et a pu avoir pour effet de modérer un courant de liquide qui aurait passé de l'artère pulmonaire dans l'aorte, mais n'a dû avoir aucune influence sur un courant venant en sens inverse. Le siège de cette communication est exactement celui du canal artériel ; elle répond dans l'aorte à peu près à l'embouchure de l'artère sous-clavière gauche qui est située en face et se trouve dans l'artère pulmonaire sur la paroi supérieure de la branche gauche, à un centimètre de la bifurcation. Il faut noter encore que la paroi aortique est, tout autour de l'orifice, infiltrée de plaques calcaires, tandis que les lésions de l'athérome manquent dans le reste de la crosse, ainsi que dans le système artériel tout entier.

Il importe de faire remarquer l'absence complète de tous les vices de conformation qui ont été si fréquemment notés dans les cas de persistance du canal artériel. Le trou de Botal est absolument clos et ne livre pas même passage à un stylet. La paroi interventriculaire est normale.

Les lésions des autres viscères n'ont qu'une minime importance : Le *foie* est volumineux, très congestionné et un peu sclérosé ; sa surface est granuleuse. Le *rein* offre un peu d'atrophie de sa substance corticale. On trouve quelques adhérences anciennes autour de l'*utérus*. Le *tube digestif* et l'*encéphale* sont sains.

Remarques : Le vice de conformation que portait cette femme l'a à peine incommodée pendant sa vie, et n'a probablement que fort peu contribué à amener la terminaison fatale, due plutôt à des lésions cardiaques d'ordre rhumatismal. Les cas de persistance du canal artériel sont assez peu fréquents. Cette persistance simple, sans autre vice de conformation du cœur, est d'une extrême rareté. C'est là ce qui nous a engagé à publier cette observation.

24. M. Lancry présente l'intestin d'une femme qui était affectée d'une *hernie inguinale* depuis 29 ans. Cette hernie s'est *étranglée* et a été opérée par M. Quénu. A l'ouverture du sac, on a trouvé un liquide noirâtre à odeur fécaloïde autour de l'intestin ; la réduction est opérée difficilement ; mais à la suite il n'y a pas d'évacuation. et la malade meurt.

Autopsie. On constate les signes d'une péritonite fibrineuse. La partie herniée présente un rétrécissement formé par l'épaississement des parois de l'intestin. Le présentateur insiste sur le volume de la hernie, portant sur 78 centimètres d'intestin, sans épiploon ; il pense que le résultat fatal est dû au rétrécissement qui suffisait à empêcher le passage des matières ; peut-être peut-on attribuer la rétention à l'emploi de l'opium administré à la malade.

M. Quénu fait remarquer le volume de la hernie qui s'explique par l'absence de contention pendant 29 ans ; la difficulté de la réduction due au bourrelet formé par le mésentère ; l'exsudation d'un liquide à odeur fécaloïde sans perforation ; la teinte noire qui existait sur les parois intestinales bien plus haut que le point d'étranglement.

M. Kirmisson n'est pas d'avis qu'on puisse incriminer le point rétréci, qui reste parfaitement perméable ; quant à l'opium, c'est une pratique excellente et nécessaire dans l'opération de l'étranglement ; la malade est morte de sa péritonite. Le liquide de la poche est rendu infect par les gaz traversant les parois de l'intestin.

25. M. Ayrolles présente le cœur d'un enfant de dix jours, mort avec des phénomènes d'asphyxie. — A l'*autopsie* le cœur présente une valvule mitrale dont les valves rouges, à bords verruqueux, sont unies entre elles, oblitèrent presque complètement l'orifice mitral : il ne reste qu'un petit pertuis au travers duquel on peut à peine faire passer une petite allumette. On ne connaît pas de cas d'*endocardite fœtale du cœur gauche*. La mère porte des traces douteuses d'une syphilis qu'elle n'avoue pas. M. Letulle rappelle que Parrot a noté l'origine syphilitique des endocardites fœtales.

26. M. Doyen présente le cerveau d'un homme de 58 ans, buveur, affecté depuis quelques mois d'une parésie du côté droit avec troubles trophiques, phlyctènes. En janvier, il est pris d'une hémiplégie complète du même côté avec gêne de la parole et meurt à la fin du mois.

A l'Autopsie on trouve une *pachyméningite* énorme comprimant le lobe gauche ; le foyer, enkysté à la face interne de la dure-mère, sans lésion de l'arachnoïde, comprime l'hémisphère dans toute son étendue. Cette compression explique les troubles moteurs et trophiques, et l'absence de lésion interne, explique pourquoi ils étaient incomplets.

M. Déjerine rappelle que l'aphasie peut être incomplète, même avec des lésions destructives des circonvolutions.

M. Letulle pense que la simple compression est insuffisante à expliquer les troubles trophiques.

27. M. Doyen présente des pièces provenant d'un tuberculeux de 22 ans qui était affecté d'une *paralysie infantile* remontant à l'âge de 4 ans.

A l'*autopsie* on trouve le biceps brachial du côté gauche ayant le 1/4 du volume de celui du côté droit. Les triceps

surraux et teus les muscles de la région antérieure des deux jambes sont atrophiés et complètement dégénérés.

Cependant les articulations sont normales et les os de volume ordinaire et égaux des deux côtés. Le système nerveux sera examiné ultérieurement.

M. Marie rappelle que dans les cas analogues on trouve une atrophie des grandes cellules pyramidales des régions correspondantes des circonvolutions.

28. M. Doyen présente le cœur d'un homme de 50 ans, sur lequel on observe un *anévrysme de l'artère coronaire* antérieure à son origine. Cet anévrysme a le volume d'une petite noix et est calcifié. On n'avait pas observé d'angine de poitrine ni aucun symptôme particulier.

29. Rapport sur la candidature de M. Suchard au titre de membre titulaire de la *Société anatomique*; par M. Brault.

M. Suchard, membre adjoint à la Société anatomique, a fait à cette Société de nombreuses communications dont je rappellerai seulement les plus importantes qui ont été ensuite développées pour la plupart dans des travaux publiés dans les *Archives de physiologie*. Voici les titres de ces principales communications : *Examen histologique des lésions de l'ongle dans la pustule de variole sous-unguéale ; — Note sur les lésions histologiques de l'onyxis développé au voisinage du mal plantaire perforant ; — Lésions histologiques de l'ongle dans les inflammations de cet organe ; — Examen histologique des veines et varices cutanées dans un cas de rétrécissement de l'artère pulmonaire; — Modifications et disparition du stratum granulosum de l'épiderme dans quelques maladies de la peau ; — Examen histologique d'un des doigts d'un enfant atteint d'aïnhum apporté par M. Guyot; — Recherches sur la structure des corpuscules nerveux terminaux de la conjonctive et des organes génitaux.*— Enfin M. Suchard a présenté, le 19 décembre 1884, en posant sa candidature au titre de membre titulaire, un mémoire sur les *lésions histologiques de l'ongle incarné ou onyxis latéral.* L'auteur a été amené à concevoir tout autrement qu'on ne l'avait fait jusqu'alors le mécanisme de cette affection. Sous l'influence, dit-il, d'une irritation mécanique, les cellules enflammées du repli du bord de l'ongle prolifèrent, et il se produit une hypertrophie papillaire très accusée. Les cellules du lit de l'ongle sont atteintes par la même inflammation ; le processus de la kératinisation épidermique vient alors remplacer sous l'ongle celui de la kératinisation unguéale. Dans ce fait comme dans les autres onyxis étudiés précédemment par M. Suchard, il s'agit d'une inflammation des cellules du lit et de la matrice de l'ongle aboutissant à la production d'éléidine au lieu de substance anychogène. — L'importance de ces divers travaux n'échappera à aucun des membres de cette société. Il est facile de voir, en effet, que les faits décrits par M. Suchard, au sujet des diverses affections cutanées, n'ont pas simplement l'importance de faits bien observés, mais encore le mérite d'avoir servi à introduire dans la pathologie des données absolument nouvelles sur l'anatomie pathologique générale de la peau. Votre Commission, composée de MM. Gombault, Ballet et Brault, rapporteur, est d'avis de prendre en considération la candidature de M. Suchard au titre de membre titulaire.

30. Anomalie de l'urèthre. — Cloison transversale de la portion spongieuse en arrière de la fosse naviculaire; par M. L. Séchеyron, interne des hôpitaux.

Le nommé Long..., agé de 52 ans, sellier, d'Eure-et-Loir, meurt le 20 janvier, à l'hôpital St-Louis, des suites d'un abcès urineux consécutif à un rétrécissement blennorrhagique.

A l'*autopsie*, on constate : à la racine du scrotum, sur le raphé médian, l'orifice d'une fistule uréthrale oblique en haut et un peu en avant conduisant dans la portion membraneuse de l'urèthre. Pendant les derniers mois de sa maladie, le malade vidait sa vessie par cette fistule. Quelques gouttes d'urine s'écoulaient seulement par le méat. En outre des lésions vulgaires du rétrécissement de l'urèthre et d'une suppuration chronique du tissu cellulaire du petit bassin, on observe une *anomalie de l'urèthre* passée inaperçue du vivant du malade.

La verge, de dimension moyenne, est munie d'un prépuce dit à jabot. Le gland est découvert à sa face supérieure, sur une grande partie de ses faces latérales ; mais, à la face postérieure, existe une sorte de jabot, un repli cutané épais. Ce repli est réuni au gland par un frein très développé, mais court. Ce frein s'étend jusqu'au méat et semble courber le gland, maintenir l'axe du méat dans une direction plus rapprochée de la verticale que dans le cas d'urèthre très confirmé. Le méat est d'un petit calibre ; son orifice mesure 10 à 11 millimètres au plus de circonférence. La fosse naviculaire qui lui fait suite est moins ample que celle d'un urèthre normal. Dans cette fosse s'abouchent non seulement le canal de l'urèthre, mais un second canal séparé du précédent par une cloison membraneuse. Les deux canaux superposés sont comparables à deux canons de fusil disposés dans le sens vertical l'un au-dessus de l'autre.

La cloison de séparation, point de départ de l'anomalie, divise l'urèthre en deux parties sensiblement égales. Cette cloison, épaisse d'un 1/2 mill. environ, d'une largeur moyenne de 6 à 7 mill., d'une longueur de 3 cent. est, à son bord antérieur, éloignée de 15 mill. du méat. Sa face supérieure fait partie du plancher du canal supérieur. Elle est lisse, de même coloration que la muqueuse uréthrale en général. La face inférieure, voûte du canal inférieur, est irrégulière. Elle présente des petits replis muqueux, sinus, lacunes observés à la face supérieure des urèthres normaux. Ces sinus, au nombre de six à huit, sont disposés tout le long de la ligne médiane.

Les bords latéraux se confondent avec la muqueuse du canal et les tissus voisins qui offrent une structure normale. A son extrémité postérieure, la cloison paraît se continuer avec la muqueuse de la face supérieure de l'urèthre — par transparence, on aperçoit bien la terminaison en cul-de-sac du canal supérieur. Le bord antérieur ou libre de la cloison a été légèrement sectionné dans l'examen de la pièce ; aussi ne peut-on exactement connaître sa forme. A son niveau, se faisait l'abouchement des deux canaux dans la fosse naviculaire, et était établie la communication de l'un à l'autre canal.

Les deux canaux ne sont pas analogues et disposés pour jouer le même rôle. Le canal supérieur n'est point supplémentaire du second, car après un trajet de 30 millimètres environ, il se termine brusquement en arrière, en cul-de-sac. Le canal inférieur ou véritable canal de l'urèthre est assez régulièrement calibré de la fosse naviculaire à 8 centimètres en arrière. Mais, en ce point, existe une sorte de rétrécissement fusiforme assez léger, d'un centimètre d'étendue environ. A ce niveau, le calibre de l'urèthre est de 10 mill., tandis qu'en avant et en arrière, dans la région pénienne, il est de 12 à 14 mill. On peut voir, d'après ces chiffres, que le calibre de l'urèthre est au-dessous de l'état normal. Il faut remarquer que la muqueuse est saine, d'un aspect normal sur toute son étendue. L'urine était, en effet, arrêtée par un rétrécissement infranchissable siégeant à l'union des deux portions bulbaires et membraneuses. La lumière du canal était complètement supprimée.

En arrière et autour du rétrécissement, dans la portion membraneuse, l'urèthre est entouré d'un tissu dur, compacte, sorte de coque épaisse.

En arrière de ce noyau dur, on trouve le trajet fistuleux conduisant à l'orifice scroto-pénien. Les parties voisines (région prostatique membraneuse) sont entourées, surtout à gauche, du côté de l'ischion, d'un tissu lardacé offrant de nombreuses et grandes lacunes remplies de pus. Durant la vie, un drain avait été posé et entraînait le pus collecté.

Vessie intacte à parois épaisses ; reins paraissant normaux à la coupe.

Cette observation a le seul mérite d'indiquer une anomalie fort rare de l'urèthre. Jarjavay recherchait les faits de ce genre avec le plus grand soin. Dans son ouvrage sur l'urèthre, cet auteur décrit, p. 26 et 27, la valvule de Guérin, et lui assigne une profondeur de 5 à 8 millimètres. Aucune, d'après lui, ne s'étendait jusqu'à 10 millimètres. Si l'on ne tient pas compte de cette dimension, et si l'on donne à la valvule une profondeur analogue à celle que présentait le canal accessoire de l'urèthre dans notre cas, il ne paraîtra pas irrationel de réduire l'anomalie à une simple exagération de la valvule de Morgagni.

Elections. — MM. Dreyfous et Suchard sont nommés membres titulaires.

Séance du 6 février 1885. — Présidence de M. Cornil.

1. Insuffisance mitrale avec double lésion aortique ; hypertrophie du cœur coïncidant avec des lésions rénales de deux ordres : dégénérescence amyloïde et néphrite interstitielle diffuse; par M. Jardet, interne des hôpitaux.

Le nommé P..., cordonnier, âgé de 32 ans, entre à l'hôpital, parce qu'il éprouve depuis quelque temps une fatigue générale, de l'insomnie, et nous dit qu'il a une hypertrophie du cœur.

Comme antécédents, il nous apprend que son père est mort à 40 ans d'une attaque d'apoplexie, et que sa mère vit toujours. Il a plusieurs frères et sœurs en bonne santé. Pendant sa première enfance, ce sujet n'a fait aucune maladie grave qui ait laissé de traces. A 9 ans, il eut une première attaque de rhumatisme articulaire aigu généralisé, qui dura six mois, et laissa après elle une lésion du cœur. Depuis ce moment, le malade ne pouvait marcher vite ou faire un effort sans être immédiatement essoufflé. Cette première atteinte fut suivie de plusieurs autres moins fortes, mais presque annuelles. A l'âge de 14 ans, notre homme commença à travailler comme cordonnier. Pendant son travail, il était toujours assis et courbé. A 20 ans, il est pris pour le service militaire et il fait 31 mois, puis il est réformé après 20 jours de maladie. Au sortir du regiment, il reprend son métier de cordonnier qu'il continue tout en souffrant d'oppression et de malaises fréquents. A 27 ans, il se marie, et a deux enfants; l'un meurt de convulsions à l'âge de 1 an, l'autre vit encore et se porte bien. A 31 ans, le malade a encore des accidents qui durent trois semaines, et se traduisent par de la fatigue, de l'insomnie, et des douleurs dans les lombes. A son entrée, cet homme nous raconte qu'il est malade depuis un mois. Au début, il éprouva des douleurs dans les épaules, le cou et la tête, puis survinrent des douleurs lombaires extrêmement intenses, qui durèrent 15 jours, empêchant tout sommeil. A ce moment, les mictions étaient fréquentes, répétées, mais peu abondantes, l'urine était rouge.

Depuis huit jours, le malade ressent une lassitude extrême, une faiblesse énorme, des douleurs vagues dans la tête, et un brouillard au-devant des yeux, parfois des mouches volantes et des flammèches. Enfin, il a remarqué qu'il avait un peu de gonflement des pieds, et des parties déclives, mais il n'a jamais eu d'œdème des paupières. Il a été pris en même temps d'une diarrhée assez abondante et de nausées pour lesquelles il a pris un vomitif. Malgré cet état général assez mauvais, l'appétit qui avait diminué est revenu très impérieux, la soif est vive. Aussi, les urines, de foncées qu'elles étaient, sont devenues claires et abondantes. Depuis deux jours, le malade a en outre des épistaxis assez fortes et qui s'arrêtent difficilement.

A son entrée, nous trouvons un homme au teint pâle et cireux, dont la peau et les lèvres sont décolorées. Les parties latérales du cou sont soulevées fortement par les battements des carotides; ces battements ne sont pas synchrônes avec le choc de la pointe du cœur. La poitrine n'est pas globuleuse, mais la région précordiale est animée de battements énergiques. La pointe du cœur bat sous la sixième côte, à 6 cent. au-dessous du mamelon. La matité précordiale est considérablement augmentée. L'auscultation révèle à la pointe du cœur un souffle intense qui se propage vers l'aisselle. A la base on trouve deux foyers de souffle : l'un situé au milieu du sternum, et qui se prolonge jusqu'au tiers inférieur de cet os; l'autre, au niveau de la deuxième articulation chondro sternale droite. En ces deux foyers, on entend un double souffle : systolique et diastolique.

Dans les vaisseaux du cou, on perçoit un souffle *systolique.* Le double souffle intermittent crural ne s'entend pas. La poitrine est libre, la respiration se fait normalement, le malade ne tousse pas. L'appétit est assez bon, la région épigastrique n'est pas douloureuse, mais le ventre est un peu sensible, et les selles sont diarrhéiques.

Pas de céphalalgies, ni de douleurs, mais une sensation de faiblesse extrême, sont ce qu'il y a de plus saillant à noter dans l'état général du malade, qui a encore des épistaxis au moment de son entrée.

24 janv. Le malade est toujours dans le même état. Les épistaxis ne se sont pas reproduites. L'urine est claire et abondante. Elle contient une grande quantité d'albumine. Aussi, se fondant sur les antécédents, et l'état actuel, M. Chauffard porte le diagnostic d'*insuffisance mitrale* avec *rétrécissement et insuffisance aortique*, et *hypertrophie du cœur*, en même temps que *lésion rénale* qui peut être attribuée soit à l'état *scléreux des artères*, soit à une *lésion épithéliale récente*. Le malade est soumis au régime lacté. Ventouses sèches sur la région lombaire.

28 janv. Le malade se sent un peu mieux, mais étant absolument dégoûté du lait, on lui permet de manger, on lui donne en même temps une tisane aux stigmates de maïs. Il urine 5 litres par 24 heures.

29 janv. Nouvelle épistaxis abondante, mais qui ne se reproduit pas ; le malade urine encore 5 litres. A partir de ce moment, le malade tombe dans une prostration extrême, et il est de temps en temps agité. il se tourne dans son lit, et répond à peine aux gens qui l'interrogent; parfois même il a un peu de délire tranquille. C'est ainsi qu'il se met à siffler sans raison et à causer à haute voix. Sa diarrhée persiste, mais il ne se plaint plus, il ne tousse pas, et n'est pas oppressé.

31 janv. Le malade meurt dans la nuit.

A l'*autopsie* nous ne trouvons aucun liquide dans les cavités *péritonéales* ou *pleurales* qui sont absolument saines. Le *cœur* semble, à travers le péricarde, augmenté de volume, il écarte les deux poumons et surtout le gauche, qui le recouvre moins qu'à l'état normal. Les *deux poumons* sont un peu congestionnés, mais ne présentent pas de noyaux de broncho-pneumonie. Le *péricarde* incisé nous montre une lésion tout à fait imprévue.

Ses deux feuillets : le feuillet viscéral et le feuillet pariétal, qui sont au contact, sont recouverts d'une couche de *fibrine* qui présente un *aspect villeux, tomenteux* avec des saillies *arborescentes* et des dépressions, le tout de couleur gris rosé, Cet exsudat revêt complètement les deux feuillets du péricarde, et remonte jusqu'à l'origine des gros vaisseaux qui sortent du cœur, donnant ainsi la lésion de la *péricardite fibrineuse* généralisée, qui ne s'était traduite pendant la vie par aucun signe physique appréciable. La couleur rosée de l'exsudat semble en outre indiquer qu'il y a là ou bien une infiltration par le sang, ou une néoformation de vaisseaux capillaires.

Le *cœur* est énorme, ses oreillettes sont pleines de caillots. Il pèse 830 grammes. L'incision de la pointe nous montre une hypertrophie concentrique du ventricule gauche, qui constitue à lui seul l'extrémité du cœur. La paroi ventriculaire mesure 32 millimètres d'épaisseur. L'oreillette a ses parois un peu épaissies et l'endocarde qui la revêt présente une couleur blanchâtre. L'orifice mitral a 11 cent. de circonférence, ses valves présentent des lésions de deux ordres : une altération ancienne a donné à la valvule un aspect scléreux, blanc et nacré, que l'on retrouve sur presque toute l'étendue des muscles papil-

laires dans leur partie libre. Ces muscles semblent convertis en cordons fibreux. Mais il y a en outre un peu au-dessus du bord libre de la valvule des végétations en forme de verrues de 1 à 3 millim. de hauteur, qui semblent de formation plus récente car elles présentent certaines parties rouges. Elles s'étendent du reste sur toute la longueur de la circonférence. La partie aortique du ventricule présente aussi des lésions remarquables, soit au niveau des sigmoïdes, soit au-dessous sur la face aortique de la grande valve mitrale. Les valvules sigmoïdes sont épaissies, rigides et fixées dans une position intermédiaire entre le relèvement et l'abaissement. Au toucher, elles sont dures, calcaires en certains points, surtout autour de l'embouchure de l'artère coronaire. Ce qu'il y a de remarquable à l'orifice aortique, c'est l'intégrité absolue de l'aorte au-dessus du point d'implantation des valvules. Au-dessous des sigmoïdes, au contraire, on trouve sur la face aortique de la grande valve, une plaque irrégulière, bosselée, avec des saillies et des dépressions. Cette plaque, qui a environ 4 cent. de long sur 3 de large, est le siège d'une endocardite intense, qui se continue avec les lésions des valvules sigmoïdes en haut. Si maintenant nous examinons les cavités droites, nous sommes tout d'abord frappés du peu de volume qu'elles présentent, de sorte qu'elles semblent comme accessoires relativement à l'énorme volume du cœur gauche. L'oreillette droite est cependant un peu épaisse et dilatée.

L'*aorte* est saine dans tout le reste de son étendue. La *rate* est petite et présente à sa partie inférieure un petit infarctus blanchâtre qui semble récent.

Les *reins* sont tous deux très volumineux. A eux deux ils pèsent 820 grammes. Ils mesurent 16 cent. de long sur 6 de large, et ont 3 cent. 1/2 d'épaisseur au niveau du hile. L'artère rénale est elle-même très volumineuse, elle a 17 millim. de circonférence. La couleur est blanc pâle, la consistance est dure, lardacée. La décortication est facile. A la coupe la substance corticale est d'une couleur blanche uniforme et *brillante*. La substance médullaire est un peu plus rouge. Les vaisseaux et les calices sont très volumineux, mais pâles. La teinture d'iode donne à la périphérie du rein la réaction amyloïde. On voit en effet une quantité de petits points se colorer en rouge acajou.

L'*intestin* est un peu congestionné. Dans la partie inférieure de l'intestin grêle, les follicules clos sont saillants, et la muqueuse présente en certains points un piqueté rouge, résultant probablement de la diarrhée des derniers jours. Le *foie* est de volume normal, sa consistance est élastique, à la coupe il a l'aspect du foie muscade.

Examen histologique. Nous avons examiné successivement le péricarde, le cœur (myocardite et végétations, valvulaires), les reins, le foie et l'intestin. Le *péricarde* était, comme nous l'avons dit, recouvert d'une couche de fibrine. Sur des coupes pratiquées après durcissement dans l'alcool, se montre un réticulum fibrineux, contenant de nombreux globules blancs, mais l'on observe en outre des globules rouges du sang, et une grande quantité de vaisseaux à la surface de la séreuse: vaisseaux probablement de nouvelle formation. Le *myocarde* traité par l'acide osmique à 1/250 n'a pas présenté de dégénérescence graisseuse, mais sur les coupes, les fibres musculaires étaient rares, isolées et séparées par une grande quantité de fibres de tissu conjonctif développées autour des vaisseaux. Le muscle cardiaque présentait en somme les lésions d'une myocardite interstitielle. L'*endocarde* durci dans l'alcool, et examiné sur des coupes pratiquées dans des végétations de la mitrale, présentait les modifications que l'on rencontre dans l'endocardite végétante.

Il ne nous a pas été possible d'y trouver les microorganismes que l'on rencontre en pareil cas. Les *reins* ont été examinés sur deux espèces de coupes: les unes obtenues par congélation, les autres après durcissement; soit par l'alcool soit par l'acide osmique. Les coupes obtenues par *congélation* ont donné *par le violet et l'iode*, une réaction très nette de dégénérescence amyloïde dans les glomérules qui étaient seuls atteints de cette dégénérescence. Les coupes préparées après l'action de *l'acide osmique* nous ont montré les altérations d'une néphrite interstitielle diffuse, c'est-à-dire non disposée en nodules, et caractérisée par une prolifération du tissu conjonctif, et un élargissement des tubes urinifères avec aplatissement de leur épithélium sans dégénérescence graisseuse. Les vaisseaux n'étaient nullement amyloïdes. Le *foie* ressemblait absolument à un foie cardiaque. Les follicules clos de *l'intestin* semblaient un peu volumineux, les vaisseaux étaient manifestement dilatés et gorgés de globules, ce qui est en rapport avec la diarrhée des derniers jours.

M. Chauffard fait observer que ce malade présentait au point de vue clinique une difficulté, à savoir s'il fallait établir une subordination entre l'état cardiaque et l'état rénal; il y avait des flots d'albumine? L'autopsie ne lève pas les doutes : les lésions aiguës ont été une surprise. Les reins présentent un type de néphrite diffuse chronique; l'épithélium est cubique et transparent; les glomérules sont tous en dégénérescence amyloïde; cette dernière lésion isolée doit être distinguée de la dégénérescence amyloïde des cachectiques.

M. Cornil remarque que le cœur présente des lésions à la fois verruqueuses et ulcéreuses. Quant à l'isolement de la dégénérescence amyloïde dans le rein, ce n'est pas un fait très rare. On l'a trouvée dans des faits de syphilis et de cancer : elle n'est pas toujours liée aux suppurations. Dans ce dernier cas encore, on la trouve ordinairement plus marquée dans un organe que dans les autres; il est donc permis, lorsqu'on la trouve dans un seul organe, de penser que c'est le commencement du processus. Quant à rattacher cette néphrite au rhumatisme, c'est possible, en raison des bactéries éliminées par les reins.

2. Note sur les plaies par écrasement des artères; par A. Broca, interne des hôpitaux, aide d'anatomie à la Faculté.

Les pièces que j'ai l'honneur de présenter à la Société anatomique sont constituées par les artères tibiales antérieure et postérieure d'un sujet âgé de 27 ans, amputé par M. Verneuil, à l'hôpital de la Pitié. Cet homme avait eu la jambe gauche, au tiers moyen, écrasée par un wagon de chemin de fer. Quand on l'apporta à l'hôpital, il était sous l'influence d'un choc traumatique intense. Les deux os de la jambe étaient broyés et les fragments étaient accessibles à la vue à travers une large perte de substance. La continuité du membre n'était plus maintenue qu'en arrière, par la peau et les muscles, fortement contusionnés. En avant, on voyait battre le bout supérieur de l'artère tibiale antérieure. Le pied était froid; la circulation y était anéantie. De plus, il existait une fracture du corps du fémur, au tiers inférieur. Il n'y avait pas d'hémorrhagie. L'amputation de la cuisse fut pratiquée cinq heures après l'accident. L'opéré mourut environ trente heures après.

La dissection des artères du membre a donné les résultats suivants :

L'artère tibiale postérieure, à 3 cent. environ au-dessous de l'origine de la tibiale antérieure, est complètement rompue. Son bout inférieur présente un cône effilé; son bout supérieur est coupé à peu près nettement et sur une étendue de 1 cent. à peu près; il a un calibre un peu diminué. Les tuniques sont recroquevillées, oblitérant la lumière du vaisseau, qui est remplie par un caillot. Plus bas, il y a un nouvel effilement de l'artère, mais cette fois la rupture est incomplète. Les deux tuniques internes sont rompues et forment deux bouts, écartés de 2 cent. et unis par un filament, vide de sang, que constitue la celluleuse étirée. La tibiale antérieure est rompue un peu au-dessous de son entrée dans la loge jambière antérieure, et ici l'effilement porte sur le bout central, tandis que la rupture du bout périphérique est nette. Aucune de ces artères n'est athéromateuse.

Ces lésions sont importantes à considérer, parce que les traités classiques de chirurgie se bornent à une courte mention quand ils parlent de l'écrasement des artères; ils

n'étudient guère que les plaies par armes à feu et les plaies par arrachement, intercalant à ce sujet un mot pour l'écrasement. Or, il serait utile de préciser davantage, pour chercher à expliquer la variabilité de l'hémorrhagie et de l'hémostase dans les plaies contuses. Il y a d'ailleurs déjà sur ce point une série de pièces présentées à la Société anatomique. Elles proviennent principalement du service de M. Verneuil, et on trouvera la question en grande partie exposée dans les rapports de M. Berger sur la candidature de M. Chuquet (1877, 4e série, t. II, p. 461; les observations de Chuquet, p. 290); de M. Duret, sur la candidature de M. Kirmisson (1878, 4e série, t. III, p. 385). Ces deux auteurs insistent sur ce fait que les plaies contuses varient beaucoup dans leur disposition anatomique; tantôt on aura une section à peu près nette, tantôt il y aura effilement soit du bout périphérique, soit du bout central, soit des deux à la fois. Il est vrai qu'il y a un léger désaccord sur les plaies par arrachement, puisque pour M. Berger, dans ces circonstances, on constate expérimentalement que l'effilement n'existe jamais d'une façon parfaite, et s'il existe, ce n'est que sur un des bouts, tandis que pour M. Pozzi le prolongement effilé de la tunique externe se constate sur les deux bouts.

Ces différences considérables dans l'état des artères écrasées sont assez faciles à concevoir, car dans ces grands traumatismes il y a à la fois écrasement et arrachement, combinés dans des proportions que nous ne pouvons guère apprécier. C'est ce que dit par exemple M. Pozzi (Soc. an., 1872, p. 555) à propos d'une observation où il a vu une fémorale rompue par une contusion intense présenter un bout supérieur en massue et un bout inférieur effilé.

Mais il ne faudrait pas croire que l'hémorrhagie soit fatale lorsque l'effilement porte exclusivement sur le bout inférieur. Elle existait dans la première observation de M. Chuquet, dans celle de M. Kirmisson. Mais elle a manqué dans le cas de M. Pozzi, et surtout dans celui de M. Duret (Soc. anat., 1875, p. 317), où cependant il y avait section nette de toutes les artères des deux jambes; dans un traumatisme analogue (écrasement par un wagon) outre des lésions bien étudiées de la fémorale gauche, Bourdillat (Soc. anat., 1868, p. 518) nous dit que « l'examen de la jambe droite a fourni cet exemple remarquable d'une artère tibiale antérieure déchirée nettement et n'ayant donné lieu à aucune hémorrhagie immédiate, malgré l'absence de caillot obturateur et de tout retroussement des tuniques interne et moyenne. » Enfin, dans l'observation qui m'est personnelle on peut constater que, pour la tibiale postérieure, l'effilement ne porte que sur le bout inférieur, et que cependant l'écoulement de sang a été nul. Ici, sans doute, on peut supposer que le caillot parti du bout effilé de la tibiale antérieure est remonté jusqu'au niveau de l'origine de cette artère et a oblitéré du même coup la naissance de la tibiale postérieure. Mais cette hypothèse, admissible dans ce cas particulier, ne l'est plus pour le fait de Pozzi, de Duret, de Bourdillat. Il est donc bien possible qu'il faille, dans ce cas, faire jouer un rôle important à la contractilité de la tunique moyenne. M. Verneuil s'est attaché à cette démonstration (*Gaz. heb. de méd. et de chir.*, 22 février 1872, p. 143). On pourrait encore citer, à l'appui de cette thèse, une observation de M. Ed. Cruveilhier (Soc. anat., 1862, p. 438). Un homme subit une section complète par coup de couteau, de l'artère et des deux veines humérales. Il eut une hémorrhagie veineuse notable, mais pas d'hémorrhagie artérielle. La section artérielle se manifestait cliniquement par l'absence de pouls radial, et elle fut vérifiée anatomiquement, le malade étant mort de pyohémie.

3. **Sarcôme de l'extrémité supérieure du fémur. — Désarticulation de la hanche**; par M. Paul Hamonic, interne des hôpitaux.

Le malade qui fait le sujet de cette observation est âgé de 39 ans, sans antécédents héréditaires et d'une bonne santé habituelle. Il a commencé à souffrir de sa cuisse gauche il y a 5 ans. Mais pendant 3 ans et demi, les douleurs qu'il ressentait étaient assez vagues, tantôt très fortes, tantôt très faibles. On les mit sur le compte d'une arthrite chronique de la hanche, d'une ostéite du fémur, d'une névralgie, d'un rhumatisme, et à plusieurs reprises le malade fut traité en conséquence. Il fit plusieurs saisons thermales, mais de tout cela il n'éprouva aucun soulagement. Son état empira, et ses douleurs se localisèrent de plus en plus au niveau de la partie antérieure de la région trochantérienne, irradiant très peu en bas, et pas du tout en haut.

Il y a 18 mois, c'est-à-dire 3 ans et demi après le début initial des accidents, le malade constata l'existence d'une grosseur au niveau de la partie supéro-antérieure de la cuisse. D'abord il y fit peu d'attention, mais il ne tarda pas à voir qu'elle était le siège exclusif de ses douleurs. La pression à son niveau suffisait pour les réveiller. La tumeur ne tarda pas à augmenter de volume dans tous les sens, mais surtout de haut en bas. Sa consistance dure d'abord devient rénitente en certains points et molle en d'autres. Sa forme était à peine lobulée. L'état général du malade était mauvais. — Insomnie, — anorexie, — anémie. Sa situation fut bientôt intolérable à cause des douleurs croissant d'intensité et revêtant une persistance remarquable.

M. le professeur Trélat, appelé auprès du malade, diagnostiqua *un sarcome d'origine osseuse ou périostique, mais dans ce dernier cas, complètement fusionné avec le fémur.*

Dès sa première visite, il fut d'avis de désarticuler la hanche, promettant cependant au malade et à la famille de faire une incision préalable exploratrice pour s'assurer si l'extraction simple de la tumeur était possible, auquel cas on conserverait le membre. Mais M. Trélat ne gardait aucun doute sur le résultat de cette tentative, qui n'était destinée qu'à donner satisfaction à la famille.

Opération le 5 janvier. On applique la bande d'Esmarch jusque vers le tiers supérieur de la cuisse, de façon à faire refluer vers le tronc le sang qui y était contenu. M. le professeur Trélat fait une incision exploratrice verticale en dehors et en avant, et arrive sur l'os qui offre, au delà des limites de la tumeur des rugosités et des épaississements témoignant qu'il est malade. Sans plus s'attarder, et après avoir encore constaté que la tumeur est dépendante du fémur, ce dont il était certain cliniquement, M. Trélat pratique la désarticulation de la hanche d'après le manuel opératoire de M. Farabeuf. Perte de sang très minime, sauf dans le dernier temps de l'opération. Au moment où l'opérateur sectionne les vaisseaux préalablement liés (section portant entre la ligature placée au-dessus, et la bande d'Esmarch à une certaine distance au-dessous), un jet de sang assez abondant est projeté en un seul temps à une grande distance et avec force. Il est évident que le sang accumulé dans la veine fémorale, au-dessous de la ligature du vaisseau, par le fait de la compression de la bande d'Esmarch, s'y trouvait à une haute pression. Il s'est donc élancé d'un seul coup et aussitôt l'écoulement sanguin a cessé. Résection du bout du nerf sciatique à une distance de 6 à 8 centimètres. Hémostase soignée : de 20 à 25 ligatures.

L'hémostase a été péniblement effectuée au niveau de la partie inférieure et externe de la cavité cotyloïde, probablement à cause de l'existence d'une anastomose de la circonflexe antérieure avec l'ischiatique, que M. Farabeuf considère comme à peu près constante. On a été obligé d'isoler sur le tenaculum le vaisseau qui saignait pour le lier. Trois drains sont placés, l'un dans la cavité cotyloïde, le second du côté de la région inguinale, le troisième derrière la cavité cotyloïde. Ils sortent au dehors au niveau de la commissure inférieure de la plaie qu'on *réunit verticalement.* Sutures superficielles au fil d'argent, et trois sutures profondes à l'aide des plaques en plomb. Pansement de Lister.

Après l'opération, le malade est syncopé; pouls petit, pâleur extrême, respiration faible, lente. On craint que le malade ne succombe; on le place la tête en bas, on pra-

tique la ligature, avec des serviettes, de la racine des membres supérieurs et du membre inférieur droit. Trois injections d'éther sont faites coup sur coup. Sueurs froides abondantes. Peu à peu le malade revient à la vie. Qu'il nous suffise d'ajouter que la température s'est élevée aux environs de 40° assez rapidement. Le moignon s'est considérablement tuméfié, et on a craint le développement d'une septicémie suraiguë.

Le malade était plongé dans un état demi-comateux presque continuel, et M. le professeur Trélat le regardait comme perdu.

Quelques jours après, il se plaignit d'une douleur excessivement vive du côté de la fosse iliaque gauche, et on redouta fort qu'il ne s'agit là d'une adénite lombaire.

Après plusieurs jours, l'état général devint meilleur, les douleurs diminuèrent et disparurent, le malade put s'alimenter, et à l'heure actuelle il est dans une situation des plus rassurantes. Voilà 17 jours qu'on a pratiqué la désarticulation de la hanche et tout fait espérer une guérison. La température est revenue à peu près à la normale.

Examen anatomique de la tumeur. — La tumeur que nous avons eu l'honneur de présenter à la Société anatomique, le 5 janvier 1885, occupe la partie antéro-supérieure du fémur gauche. Elle fait issue en avant et un peu en dedans. Elle est absolument confondue avec l'os. A peine bosselée, dure en certains points, elle est molle comme fluctuante à la partie culminante. *La tête articulaire du fémur est absolument saine.* Au-dessous de la tumeur, le corps de l'os est élargi et couvert de rugosités de consistance variable et très irrégulières. Après avoir pratiqué une coupe supéro-inférieure du fémur, on constate que la moelle osseuse est *absolument jaune* et *complètement graisseuse*. La substance compacte de l'os s'épaissit à mesure qu'on se rapproche de la tumeur. A ce niveau, le cylindre osseux s'évase en entonnoir, ses parois s'amincissent, et dans son intérieur, on voit un tissu mou gélatineux en certains points, rosé, blanchâtre, jaunâtre par zones. Ce tissu central évidemment sarcomateux, s'étend jusque dans le grand trochanter, dont la lamelle osseuse compacte de limitation est énormément hypertrophiée. En avant, la substance compacte de l'os a disparu dans un intervalle de 5 centimètres environ. On dirait que le cylindre osseux a éclaté en ce point sous la pression excentrique du sarcôme central. Celui-ci fait hernie en ce point, et forme sous le périoste épaissi une tumeur extra-osseuse du volume des deux poings. Cette dernière se continue directement avec la tumeur intra-osseuse. Elle est infiltrée par places de sels calcaires formant en quelque sorte des mailles irrégulières. En plusieurs points on voit emprisonnées dans des sortes de cavités creusées au sein de la tumeur, de petites masses molles, gélatineuses, verdâtres, qui macroscopiquement ressemblent au tissu myxomateux. Plusieurs de ces cavités spéciales communiquent entre elles formant une sorte de cavernule anfractueuse.

L'examen histologique pratiqué au laboratoire de la clinique chirurgicale de l'hôpital de la Charité par M. Latteux, a démontré que la tumeur était un sarcôme à petites cellules présentant quelques foyers myxomateux.

4. Hémorrhagies capillaires, infiltrant toute la substance blanche des centres nerveux, chez une enfant morte de coqueluche compliquée de broncho-pneumonie par Fernand Vidal, interne des hôpitaux.

Vlem..., Marie, âgée de 5 ans, entre le 19 janvier 1884, à l'hôpital Trousseau, salle Blache, n° 17, service de M. le Dr Triboulet.

Depuis deux ans, cette enfant était sujette à des attaques épileptiformes, survenant surtout la nuit, et caractérisées par des mouvements automatiques des bras, perte de connaissance et des cris à la fin de l'attaque. La mère fait remonter à une peur, le début de ses crises. Quinze jours environ avant son entrée à l'hôpital, elle fut prise d'une coqueluche, dont les quintes devinrent bientôt assez violentes et répétées, pour nécessiter son entrée à l'hôpital.

19 janvier. La petite malade se présente la face tuméfiée, congestionnée et parsemée de larges taches rubéoliformes.

Les quintes sont d'une intensité telle, qu'elles s'accompagnent souvent d'épistaxis. La respiration est fréquente (56 inspirat. à la minute) et l'auscultation laisse entendre des sibilances des deux côtés de la poitrine. Aucun bruit anormal au cœur, dont les battements sont fréquents; 120 pulsations à la minute. Jusqu'au 28 janvier, la coqueluche toujours intense, évolue normalement.

Le 28, la température s'élève à 40°,6. Le même jour, dans la base droite et en arrière, souffle tubaire étendu et entouré de râles sous-crépitants, annonçant une poussée de broncho-pneumonie à ce niveau.

Le 30, nouvelle ascension de la température, et en avant de la poitrine, de l'un et l'autre côté, souffle tubaire, des plus intenses, témoignant d'une nouvelle poussée de broncho-pneumonie, sur le bord antérieur de l'un et l'autre poumon. Dans la même nuit, la malade est reprise de ses attaques épileptiformes, qu'elle n'avait pas ressenties depuis le début de sa coqueluche.

Le 31, trois nouvelles attaques, ayant chacune une durée de deux heures environ. Le souffle persiste en avant, toujours aussi violent. La respiration présente le type interverti, caractéristique de la broncho-pneumonie. La dyspnée va sans cesse croissant (64 inspirat. par min.) Le pouls petit, irrégulier, insaisissable, est à 140. Les lèvres sont violacées, les extrémités refroidies, la face présente la teinte mate de l'asphyxie.

Le 1er février, la malade tuée par sa broncho-pneumonie, s'éteint dans le coma asphyxique.

Autopsie le 3 février. — La *muqueuse sus-glottique*, jusqu'aux replis aryténo-épiglottiques, est tuméfiée, ardoisée, avec aspect rougeâtre et phlegmasique. Les *ganglions bronchiques* sont énormes et caséeux, pour la plupart. Les *poumons* présentent au niveau de leur base et de leurs bords antérieurs, des foyers de broncho-pneumonie typiques, sur lesquels nous n'insisterons pas. — Le *péricarde* est parfaitement sain; les cavités cardiaques droites sont remplies par des caillots cruoriques et l'examen le plus scrupuleux ne décèle pas la moindre lésion organique du cœur. Le *foie* est décoloré et graisseux. Les reins sont indemnes, de même que la rate et les muqueuses stomacale et intestinale. Sur toute l'étendue des centres nerveux siège la lésion intéressante de cette autopsie. Des coupes transversales faites sur toute la longueur du cerveau, montrent la substance grise seulement congestionnée, tandis que la substance blanche, en quelque point qu'on l'examine, est criblée de petits foyers hémorrhagiques du volume d'une tête d'épingle à celui d'un grain de blé. Par leur coloration très foncée, ils tranchent nettement et sans zone de transition, avec la substance blanche. Leur consistance est telle qu'on peut les énucléer de la substance cérébrale sur la pointe d'un scalpel; ils gardent alors leur forme sphérique et ressemblent assez bien à de petits amas de sang coagulé. En certains points, et notamment au niveau du lobe occipital, ils sont confluents, au point de sembler agglutinés en corymbes. Ce n'est pas seulement dans l'encéphale qu'apparaissent ces hémorrhagies capillaires. On les rencontre partout où il y a de la substance blanche. Les coupes faites au niveau du cervelet et sur toute l'étendue du bulbe et de la moelle montrent ces foyers hémorrhagiques qui, pour avoir une confluence moindre que sur le cerveau, n'en sont pas moins apparents et aussi caractéristiques.

Au microscope, chaque petit foyer hémorrhagique lavé avec précaution, présente à son centre un vaisseau capillaire. La gaîne lymphatique est distendue autour du vaisseau et le sang a pénétré le tissu nerveux, en produisant ainsi une hémorrhagie interstitielle de voisinage. Ce sont bien là des types d'anévrysmes disséquants des capillaires, tels qu'ils ont été décrits par MM. Cornil et Ranvier, dans leur traité d'*Histologie pathologique*.

Reflexions.— Ces lésions de toute la substance blanche des centres nerveux, survenues chez une enfant si jeune, nous ont paru intéressantes à rapporter. Chez l'enfant, ces

hémorrhagies capillaires doivent être extrêmement rares, puisque dans leur longue pratique à l'hôpital Trousseau, MM. Triboulet et Cadet de Gassicourt nous ont dit n'en avoir jamais observé d'exemple. Chez l'adulte même, ou chez le vieillard, ces hémorrhagies généralisées au bulbe et à la moelle aussi bien qu'au cerveau, doivent être également exceptionnelles, car les auteurs n'en rapportent pas d'observation. Comment donc interpréter ces lésions, chez notre malade ? Rappelons qu'elle avait trois raisons pour avoir une localisation du côté des centres nerveux : 1° Ses attaques épileptiformes déjà anciennes; 2° sa mort par asphyxie; 3° sa coqueluche. Or, bien que Calmeil et Trousseau aient signalé des hémorragies cérébrales, comme effets de l'épilepsie, nous ne croyons pas que cette névrose doive ici être mise en cause. Les lésions que nous avons signalées étaient en effet toutes récentes, l'épilepsie, au contraire, existait de vieille date. D'autre part, si l'asphyxie entraîne souvent des phénomènes congestifs du côté du cerveau, caractérisés anatomiquement par les taches hortensia ou l'état sablé, par exemple, elle ne peut jamais aller jusqu'à déterminer la formation d'anévrysme, et consécutivement d'hémorrhagie cérébrale.

Reste la coqueluche, et c'est elle surtout, croyons-nous, qui doit être incriminée. Elle a pu agir d'une façon toute mécanique, sous l'effort des quintes de toux, dont la violence était telle, rappelons-le, que souvent elles s'accompagnaient d'épistaxis. Mais, si l'on peut arriver à comprendre de la sorte la formation des hémorrhagies de la substance cérébrale, il est moins aisé de s'expliquer leur généralisation au bulbe et à la moelle et ce fareissement, pour ainsi dire, de toute la substance blanche par les anévrysmes des capillaires. Cette extension de la lésion entraîne assez bien l'idée d'un processus infectieux. Or, ne sait-on pas aujourd'hui que les maladies infectieuses peuvent souvent déterminer des anévrysmes dans les centres nerveux, avec hémorrhagies consécutives ? Il nous reste donc à nous demander si ce n'est pas à ce titre qu'a pu agir la coqueluche chez notre malade.

Quelle que soit l'interprétation de ces hémorrhagies capillaires dans la coqueluche, elles n'en sont pas moins une complication extrêmement rare, puisque nous ne l'avons trouvée signalée dans aucune des monographies traitant de la coqueluche.

5. M. Grandhomme présente le cerveau d'un homme de 55 ans, qui avait été pris il y a 2 mois d'une grande faiblesse dans les membres du côté gauche avec douleur dans la région pariétale droite. La mort est survenue peu après une hémiplégie gauche, le tout attribué à une syphilis antérieure.

A l'autopsie, on trouve une masse de petites poches de *cysticerques* disséminées à la surface des deux hémisphères, à la base du cerveau, quelques-unes dans l'épaisseur même de la substance.

6. Néphrite interstitielle. — Hémorrhagie du cervelet; par M. Frémont, interne des hôpitaux.

Le nommé L..., âgé de 53 ans, marchand des quatre saisons, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Thomas, le 16 janvier 1885.

Père mort à 50 ans d'une affection cancéreuse de l'estomac? (Vomissements répétés pendant plusieurs mois, douleurs violentes.) Mère vivante, mais très migraineuse et dyspeptique. Homme de 52 ans, chauve. L'épiderme des mains et des pieds est luisant, comme craquelé. Les ongles épaissis, rugueux, striés parallèlement à leur bord libre. Pas de varices, pas de déformations articulaires. A l'âge de 20 ans, ce malade a commencé à éprouver de la céphalalgie dans une moitié de la tête, revenant par accès irréguliers, plus ou moins éloignés, mais dont il n'a jamais pu se débarrasser. Hémorrhoïdes vers 25 ans. Appétit assez bon, mais pyrosis, régurgitations une heure ou deux après le repas. Vie régulière, pas d'habitudes alcooliques. En 1881, ce malade fut pris pour la première fois de maux de tête qui ne ressemblaient pas à ceux auxquels il était sujet. Ils survinrent subitement et déterminaient une sensation semblable à l'étreinte d'un cercle de fer embrassant les tempes, la région frontale et aussi les arcades sourcilières. Ces maux de tête furent suivis de vomissements, de crampes, de fourmillements sur la face dorsale des mains, puis tout disparut; l'accès avait duré 24 heures. Quatre mois plus tard, nouvel accès, précédé d'une nuit d'insomnie. La céphalalgie finie, dyspnée très intense pendant environ 12 heures, puis vomissements. En 1883, ces accès apparaissaient environ toutes les trois semaines; mais leur fréquence redoubla; en 1884, ils se montrèrent tous les quinze jours, puis toutes les semaines, et forcèrent le malade à entrer à l'hôpital.

A son entrée, on constate un léger nuage d'albumine dans les urines, une hypertrophie du ventricule gauche sans lésions valvulaires, et l'on porta le diagnostic : mal de Bright. — Régime lacté.

Le 18 janvier 1885, accès de céphalalgie violente; vers onze heures du soir, vomissements, avec légères douleurs abdominales. Le lait est d'abord rendu, puis un liquide mêlé de quelques débris alimentaires et légèrement coloré en jaune. En même temps que se produisent les vomissements, la céphalalgie diminue. Fourmillements, picotements sur la face dorsale des mains, comparés par le malade à des milliers de piqûres d'épingle. Crampes violentes dans les mollets. Après 24 heures, tous ces phénomènes morbides avaient disparu. — Eau-de-vie allemande, 20 grammes.

20 *janvier*. Le malade ne souffre plus de la tête, mais il ne dort pas. Un litre et demi d'urine, qui présente toujours un léger nuage d'albumine.

22 *janvier*. Eau-de-vie allemande.

24 *janvier*. Un bain de vapeur.

25 *janvier*. Le malade se plaint d'une sensation de pesanteur dans la région frontale.

26 *janvier*. Bain de vapeur. Sudation abondante. La céphalalgie persiste, mais le sommeil revient un peu.

27 *janvier*. Toujours la céphalalgie gravative. On fait cesser les bains de vapeur.

28 *janvier*. Même état du malade; il trouve que sa céphalalgie a diminué; il demande s'il ne pourrait pas sortir et continuer le régime lacté chez lui. Il se sent fort, marche, se rend utile dans le service et croit qu'il pourrait reprendre son travail. Le soir, à la contre-visite, longue causerie avec le malade, qui se trouve très bien.

29 *janvier*. A quatre heures du matin, cet homme se dresse sur son lit, où il venait de dormir d'un profond sommeil, appelle disant qu'il étouffe. On va chercher l'interne de garde, qui trouve cet homme assis sur son lit, le visage pâle, inondé de sueur, faisant de grandes inspirations, le pouls rapide et faible, demandant de l'air, gesticulant des pieds, des mains. Bientôt le malade veut se lever pour mieux respirer, deux hommes sont nécessaires pour le maintenir dans son lit. Une heure et demie après ce début, le malade s'affaisse peu à peu, tombe dans le coma, et la mort survient à sept heures du matin.

Autopsie faite et dictée par M. le professeur Cornil. — Athérome de l'artère rénale. Mal de Bright. Foyer hémorrhagique, entouré de petits foyers miliaires, dans le lobe gauche du cervelet, s'étant ouvert par une déchirure à la surface du cervelet. Sérosité dans les ventricules. Circonvolutions comprimées.

Très peu de liquide dans le *péritoine*.

Trois quarts de verre de liquide dans le *péricarde*.

Le *cœur* est gros. Le ventricule gauche est dur et forme à lui seul toute la pointe du cœur. Sa paroi est dure comme du marbre, son épaisseur est de 2 cent. 1/2 à 3 cent. Pas d'insuffisance mitrale. L'aorte n'est pas dilatée; pas d'insuffisance aortique. Plaque laiteuse sur le ventricule droit à sa partie antérieure. Un peu d'athérome de l'aorte dans la partie voisine des valvules sigmoïdes. Le ventricule droit est lui-même très hypertrophié.

Rein gauche petit. L'artère rénale est dure, sinueuse. A la surface, un kyste assez volumineux. La capsule du rein s'enlève difficilement. A la surface du rein décortiqué, on

voit des granulations, qui sont les unes demi-transparentes, les autres opaques, toutes entourées par une arborisation vasculaire très prononcée. La substance corticale est réduite à 1 millim. 1/2 en certains points. Certaines granulations sont d'un jaune brillant. La substance tubuleuse est moins atrophiée. Il y a néanmoins des stries jaunâtres à l'extrémité des pyramides. Un grand kyste existe au milieu de la substance corticale et arrive jusqu'à la surface : il a le volume d'une noisette. Sa paroi interne est fibreuse et épaisse. Le rein est tout à fait atrophié. Il existe un peu de graisse à la partie centrale, autour des bassinets. Le bassinet est épais, dilaté, mais blanchâtre, sans arborisations vasculaires. A la surface de la coupe, on voit les artères à parois très dures et béantes.

Rein droit, petit, granulations blanchâtres ou jaunes et un grand nombre de kystes ayant 3 à 8 millim. de diamètre.

Poids des deux reins réunis : 210 grammes.

Poumon gauche : Adhérences de la plèvre, œdème du lobe inférieur.

Foie normal.

Rate normale.

Muqueuse de l'estomac congestionnée. L'estomac contient des aliments. Ecchymoses de la muqueuse.

Rien dans l'intestin.

Peu d'athérome à l'*aorte*.

Vessie normale.

On constate de petites ecchymoses dans le *péricrâne* ; la substance osseuse de la *calotte crânienne* n'est pas sensiblement congestionnée.

Dure-mère normale.

Les *circonvolutions cérébrales* sont aplaties contre la dure-mère.

Pie-mère non œdématiée.

Il existe du sang au niveau du grand diamètre du cervelet; il sort à travers une déchirure superficielle de cet organe. Il y a 6 à 7 grammes de sang coagulé dans la partie médiane du lobe gauche du cervelet. Le foyer principal est entouré par une zone de tissu ramolli, rosé, contenant des foyers miliaires. Le sang est sorti de ce foyer par la déchirure signalée plus haut et s'est infiltré à la base de la protubérance, à son point d'union avec le bulbe.

Le ventricule latéral droit et le ventricule moyen sont remplis par un liquide limpide : ils sont dilatés. Dans la corne sphénoïdale du ventricule gauche, un peu de sérosité sanguinolente. Rien dans la substance grise, ni dans la substance blanche des hémisphères du cerveau. Les artères sylviennes sont épaissies, mais sans plaques jaunes.

M. Cornil fait remarquer cette hémorrhagie qui détruit une partie considérable du cervelet sans amener de troubles localisés du mouvement ou de la sensibilité, et rapproche ce fait d'un autre cas présenté récemment, où les phénomènes observés simulaient l'ébriété.

M. Charrin rappelle qu'il a présenté une tumeur du lobe moyen du cervelet diagnostiquée par le professeur Lasègue sur la marche ébrieuse du sujet, seul symptôme appréciable.

9. M. Boiffin présente un cas de *sarcome du maxillaire inférieur*, opéré une première fois en 1881, et reopéré par M. Trélat.

La tumeur, recouverte en grande partie d'une couche ossifiée, présente presque en totalité la structure d'un fibrome simple ; ce n'est qu'à la partie supérieure que l'on trouve quelques cellules rondes.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 7 octobre 1885. — Présidence de M. Duplay.

M. Chauvel fait un rapport sur un travail de M. Bourquet : *De la déformation des projectiles sur le squelette et des indications qu'elle fournit pour le diagnostic de la lésion.* L'auteur a cherché à établir les rapports existant entre la déformation du projectile et la lésion, et il a montré dans quelle mesure l'examen du projetile déformé pouvait aider au diagnostic de la lésion.

M. Desprès communique une observation de *taille périnéale* pour un corps étranger de la vessie. M. Desprès, qui reconnaît la supériorité de la taille hypogastrique sur la taille périnéale dans la grande majorité des cas, est aussi d'avis que dans quelques cas cette dernière peut être indiquée. C'est ainsi qu'ayant à extraire un morceau de bois de très petite dimension, situé vers le col de la vessie, il pratiqua avec succès la taille périnéale. M. Desprès insiste beaucoup sur la nécessité d'introduire le doigt dans la vessie pour explorer l'organe ; suivant lui, c'est pour avoir négligé ce temps d'exploration digitale que certains chirurgiens n'ont pu trouver le corps étranger qu'ils recherchaient.

M. Monod répond que tous les chirurgiens explorent la vessie avec le doigt, mais que cette exploration peut être insuffisante, soit par le fait de l'épaisseur du péritoino, soit parce que le corps étranger est enclavé dans une loge ou caché derrière la prostate hypertrophiée.

M. Ledentu s'étonne que M. Desprès, défenseur de l'exploration digitale que tout le monde pratique, n'y ait pas eu recours lorsqu'il fit à son malade l'uréthrotomie externe pour extraire un autre corps étranger de la portion bulbeuse de l'urèthre. M. Ledentu pense que le corps étranger vésical eût pu être extrait par l'incision de l'uréthrotomie, en y joignant la dilatation de la partie postérieure de l'urèthre.

M. Berger appuie ce que vient de dire M. Ledentu sur la possibilité d'extraire certains corps étrangers de la vessie par la boutonnière périnéale, avec dilatation de la portion prostatique de l'urèthre.

M. Tillaux demande à M. Desprès pourquoi il a fait au col de la vessie une incision de 1 centimètre au lieu de se contenter de dilater ce col comme le faisait Dolbeau.

M. Desprès préfère l'incision du col à la dilatation, manœuvre peu chirurgicale ; — il a bien songé à extraire le corps étranger vésical par l'incision périnéo-uréthral, mais il n'a pu y parvenir.

M. Guermonprez (Lille) lit une observation de *curage d'un abcès gangréneux sus-diaphragmatique.*

Paul Poirier.

REVUE MÉDICALE

VII. Fièvre intermittente larvée à forme hémoptoïque ; par le Dr Abellan Acosta. (*Gaceta medica de Grenada* et *Revista de Medicina y Cirugia practicas*, octobre 1883, p. 367.)

VIII. Folie intermittente régulière ; par le Dr Ribas (*Revista de Medicina y Cirugia praticas*, 1882, n° 152, p. 367),

IX. Apoplexie intermittente. — Guérison au bout de 40 jours ; par le Dr Arro (*Revista de Ciencias medicas, de Barcelone*) :

VII. « Il s'agissait d'un jeune homme de 18 ans, lymphatique et faible, qui, se sentant pris de céphalagie, de chaleur, de soif et d'oppression thoracique, se vit forcé de regagner son domicile et eut, quinze minutes après, un vomissement de sang rouge, dont la quantité, d'après le dire de la famille, s'éleva à un demi cuartillo. Trois heures plus tard, le médecin le trouva légèrement fébricitant et lui prescrivit une préparation d'ergotine à prendre par cuillerées. Le malade passa la nuit suivante sans aucun incident nouveau, mais le lendemain à 8 heures du matin, l'hémorrhagie se reproduisit après avoir été précédée des mêmes symptômes que la veille ; à 4 heures après midi, nouvelle hémorrhagie suivie d'une abondante diaphorèse qui se prolongea deux heures. Le malade passa tranquillement la nuit, mais, le matin suivant, l'hémorrhagie se reproduisit à la même heure que le jour précédent, avec les mêmes symptômes, et il en fut de même l'après-midi.

M. Abellan, appelé en consultation, ne trouva aucun signe physique de lésion pulmonaire, bien que les caractères du sang rendu, et les symptômes qui accompagnaient

son expulsion, ne laissassent aucun doute sur sa provenance. En discutant le diagnostic, on soupçonna, d'après la régularité, l'intermittence et les symptômes qui précédaient et suivaient l'hémorrhagie, qu'il s'agissait là d'une intermittente larvée, et l'on administra la quinine sur l'emploi de laquelle on insista plusieurs jours, bien que, dès la première dose, les accès eussent cessé. Une fois guéri, le malade fut minutieusement examiné, sans qu'il fût possible de découvrir aucun signe de lésion pulmonaire, ce qui vient, avec les résultats immédiats fournis par le traitement, confirmer le diagnostic formulé. »

VIII. « Le malade est un homme de 51 ans, veuf, nerveux et de constitution détériorée, qui entra à l'asile de Nueva-Belen le 18 janvier 1875. — Les faits relatifs à sa maladie pendant les premières années sont très peu connus ; on sait seulement qu'il éprouvait des accès de mélancolie allant jusqu'à la stupeur ; postérieurement la maladie présenta une rémission, puis ensuite une exacerbation, et en dernier lieu elle revêtit le type intermittent depuis la mort de la femme du malade, qui survint en 1876.

Actuellement la vésanie persiste avec le type intermittent tierce, mais avec une diminution dans l'intensité de toutes ses manifestations et avec quelques légères variations dans les accès. Un des plus remarquables fut observé en mars 1878 : à cette époque, l'aliéné eut une pleurésie aiguë, pendant laquelle la période de lucidité durait trente heures, et cette modification persista pendant quelque temps; les accidents revinrent ensuite à leur type antérieur. Les paroxysmes se présentaient comme il suit : le jour de l'accès arrivé, le malade se réveille avec un délire tantôt tranquille, tantôt agité ; parfois, après s'être levé et habillé, il s'en va au salon psychiatrique, tandis que, d'autres fois, ayant conscience de son état maladif, il reste au lit malgré ses hallucinations et son délire; celui-ci augmente à chaque parole qu'il perçoit, et il répète à haute voix les paroles qui ont impressionné ses oreilles, ou bien ce sont les conversations du dernier jour lucide qui deviennent le thème de son délire, dans lequel il insiste toujours sur quelque idée fixe qui le domine.

Le jour lucide, le malade se lève et se présente habillé et propre, se plaignant ordinairement d'un peu de céphalalgie et montrant une légère incohérence des idées ; cette incohérence disparait dans les deux ou trois premières heures de la journée, après quoi il ne lui reste de sa vésanie qu'un souvenir qu'il prend toujours soin d'éviter, sans que rien en lui vienne révéler, pendant cette période, le plus léger trouble mental ; il se montre aimable, respectueux et de bonne compagnie ; il va se promener à Barcelone, sans que personne puisse, en le voyant, soupçonner le délire intense auquel il était en proie vingt-quatre heures avant, et qui le reprendra le jour suivant. Dans cet intervalle, il raconte qu'en se levant le jour de l'accès, il perçoit une sensation comparable à un terrible coup de poing sur le front, et qu'à partir de ce moment le délire est établi. Les traitements employés, y compris la quinine sous tous ses modes d'administration, n'ont eu d'autre résultat que de diminuer l'intensité des accès. »

IX. « Je fus appelé, dit le Dr Arro, pour voir M. T. B., homme âgé de 50 ans, d'un tempérament sanguin, hémiplégique par suite d'une apoplexie qu'il avait eue deux ans auparavant dans l'hémisphère droit. Actuellement, il était sous le coup d'une autre attaque apoplectique, laquelle se dissipa sous l'influence de deux fortes saignées. Peu de jours après, il fut pris d'une gastro-entérite qui céda à un traitement approprié, et pendant la convalescence de laquelle il fut frappé d'une nouvelle attaque apoplectique légère. Celle-ci dura quelques heures seulement, mais pendant 8 jours le même accident se reproduisit chaque soir vers 9 heures, et ensuite les accès se doublèrent, l'un survenant à 11 heures du matin et durant jusqu'à 4 heures après-midi, l'autre commençant à 9 heures du soir et se terminant à 5 ou 6 heures le lendemain matin.

Ces accès débutaient par du refroidissement des extrémités inférieures, du vertige, de la pesanteur de tête et un sommeil profond avec vive rougeur de la face ; les carotides battaient avec force, le malade avait de la difficulté à parler et à se mouvoir, et, lorsque l'accès se terminait, il éprouvait de la douleur à l'épigastre sous l'influence de la moindre pression. Le pouls restait plein, mais perdait la fréquence qu'il présentait pendant l'accès, et la tête était dégagée comme au sortir d'un profond sommeil.

Le malade alla insensiblement de mieux en mieux, les accès diminuant d'intensité et de fréquence, et au bout de 40 jours, il entra en convalescence, sans conserver aucun autre malaise que son ancienne hémiplégie.

Le traitement employé consista en sulfate de quinine à hautes doses dans les intervalles des accès, et, pendant ceux-ci, en révulsifs et émissions sanguines locales. »

Trad. Ch. H. Petit-Vendol.

THÉRAPEUTIQUE

A propos du régime dans les maladies de l'estomac;

Par M. le Dr A. Judet, ancien interne des hôpitaux.

Par leur multiplicité et leur complexité, les affections de l'estomac constituent un des sujets les plus vastes de la pathologie. Les dyspepsies, à elles seules, dyspepsies primitives ou symptomatiques des souffrances d'un autre organe, sont tellement fréquentes, que Beau avait été amené à en faire la clef de voûte de la pathologie tout entière. C'est qu'en effet, en dehors des cas si nombreux où l'estomac est lui-même directement et primitivement atteint, il n'est, pour ainsi dire, pas de cas pathologique compatible avec l'intégrité absolue des fonctions digestives.

Nous ne dirons rien ici de la thérapeutique des affections de l'estomac, thérapeutique comportant des indications extrêmement multiples, puisqu'elle n'est rationnelle que si elle vise la cause qui produit ou domine l'état pathologique du ventricule. Nous voulons uniquement toucher un mot sur l'importance capitale du régime dans le traitement méthodique des affections de l'estomac. Tâche délicate et cependant urgente, que celle d'alimenter les gastralgiques et les dyspeptiques, aussi bien que les malades atteints d'ulcère ou de cancer de l'estomac. Délicate ! parce que l'organe malade est précisément celui dans lequel s'accumulent les aliments et les boissons, et que cependant c'est par lui seul que l'on peut atteindre sérieusement les altérations de nutrition provoquées par les troubles fonctionnels dus à son état pathologique.

Urgente ! parce que l'inanitiation conduit fatalement à un certain degré d'anémie, qui vient compliquer la dyspepsie initiale. A l'état pathologique primitif, vient en effet s'ajouter cette conséquence que les sécrétions gastriques ne puisant plus leur origine que dans un sang impropre à leur fournir les matériaux convenables et en quantité suffisante, il en résulte que le travail digestif ne s'exerce que sur une petite quantité d'aliments, et encore d'une manière incomplète, ce qui vient augmenter l'atonie des tuniques musculaires de l'estomac et de l'intestin, avec ses conséquences de constipation, anorexie, etc. De telle sorte que dans ces affections on tombe constamment dans ce cercle vicieux d'un estomac à qui il faut du sang pour digérer et qui doit d'abord bien digérer pour permettre à ce sang de se former.

On voit, sans qu'il soit besoin d'insister, combien il est indispensable que le régime occupe le premier rang dans le traitement des maladies de l'estomac et quelle importance il y a de s'adresser pour cet effet à des substances nutritives facilement assimilables. Ce régime, en principe toujours incapable de molester l'estomac malade, varie sensiblement suivant la nature de l'affection. Les bouillons, de légers potages, des jus de viande et surtout du lait, nous sont, dans cet ordre d'idées, d'un secours extrêmement précieux. L'usage de la viande crue, en outre de ses inconvénients sous le rapport de la possibilité de transmission du ténia, et, ce qui est beaucoup plus grave,

de la tuberculose, présente d'ailleurs peu d'avantages dans les consomptions où l'estomac lui-même est en cause. A tous les points de vue, l'usage des peptones et particulièrement de la peptone *phosphatée*, nous paraît infiniment préférable : aliment liquide, en quelque sorte tout élaboré, offrant sous un petit volume une puissance nutritive relativement considérable, elle a de plus cette propriété de provoquer, par son phosphate de chaux, une action stimulante des fonctions d'assimilation. Elle a aussi pour nous cet immense avantage de nous permettre d'établir, sans fatigue pour l'estomac, un certain degré de suralimentation qui contribue à enrayer, ou tout au moins à diminuer les anémies ou cachexies qui compliquent l'état local, et, dans les cas graves, terminent le cycle de l'affection mortelle. Nous croyons, en effet, que dans toutes les maladies qui conduisent à un état de déchéance organique, il y a toujours avantage à transgresser cette loi de l'accommodation qui veut que l'on conforme l'alimentation à la capacité digestive du malade, et si nous ne rappelons pas ici les magnifiques résultats obtenus par l'alimentation forcée dans la tuberculose, c'est que nous les savons trop présents à l'esprit de tous.

En réalité, nous avons dans les peptones des agents de suralimentation puissants et d'application commode qui, dans les affections de l'estomac et concurremment avec le lait, s'imposent d'une façon toute particulière parce que, faisant profiter l'organe malade d'un travail physiologique préalable, elles sont d'assimilation extrêmement facile. Pour nous qui, depuis quelques années, faisons un usage fréquent de la peptone phosphatée (*vin de Bayard*) que nous faisons prendre pure ou coupée d'une infusion d'écorces d'oranges amères suivant les cas, nous en retirons des avantages précieux dans une foule d'affections qui sont ou la cause, ou la conséquence d'une altération de nutrition; tuberculose, scrofule, rachitisme, diabète maladies de l'estomac, etc., et nous hésitons d'autant moins à les signaler, que l'élément adynamie nous paraît prendre tous les jours une part plus large dans la médecine contemporaine.

CORRESPONDANCE

Le choléra en Italie.

Gênes, 2 octobre, 1885.

Cher Rédacteur en chef et ami,

Je vous expédie à la hâte les quelques renseignements suivants qui peuvent peut-être intéresser le *Progrès*. Quand je suis passé il y a une huitaine environ à Comacchio, Adria, Ferrare, Codigoro, etc., il n'y avait que quelques cas de choléra dans cette région. Il paraît que le choléra vient d'éclater avec une violence extrême à Mezzogoro, près Codigoro. D'après ce que me disent les médecins Gênois, cela ferait dans ce village de 500 hab., 7 à 10 cas pour cent. Or, d'après eux, presque tous ceux qui sont frappés meurent. Ainsi, à Gênes l'année dernière, il y aurait eu 600 cas environ et 500 morts.

Tout le nord de l'Italie est actuellement infecté, mais les deux foyers principaux sont : 1° Ferrare et les bouches du Pô (Quand je suis passé à Venise il n'y avait pas encore de choléra ; mais il y aurait eu un cas hier (??) ; 2° Parme et les environs.

On ne peut se faire une idée du défaut d'hygiène des habitants des bouches du Pô. J'ai vu, il y a huit jours, un père faire boire son jeune enfant dans de l'eau très sale d'un ruisseau. A cette époque, il y avait déjà quelques décès cholériques dans les régions. A Gênes, il n'y a encore eu qu'un seul décès cholérique, il y a 18 jours. Je n'ai pas connaissance d'autre cas à Gênes, bien qu'ayant visité les hôpitaux, etc. Mais à *Voltri*, près Gênes, il y a un petit foyer bien net. Comme j'ai pu le voir, la population est très inquiète.

Bien à vous, X...

BIBLIOGRAPHIE

Zur theorie der tuberculösen Riesenzellen; par C. WEIGERT (*Deutsche med. Wochenschr*, n° 35, 1885.)

Les cellules géantes sont caractérisées par leur volume et le grand nombre de leurs noyaux. Langhans a nettement établi les rapports de ces cellules avec la tuberculose, aussi l'auteur a-t-il donné aux cellules géantes tuberculeuses le nom de *cellules de Langhans*. Elles se présentent en effet sous un aspect particulier : ordinairement une partie étendue du protoplasma est libre et, à la périphérie de la cellule, on voit les noyaux de forme ovale occuper une disposition radiée, etc., les caractères ne sont pas absolus et Weigert dit avoir trouvé les cellules de Langhans à noyaux périphériques, en dehors de la tuberculose, dans l'actinomycose, etc.

Suivant les auteurs, les *cellules de Langhans sont des dérivés* de leucocytes, d'éléments conjonctifs, de cellules épithéliales, d'angioblastes, de cellules épithélioïdes... Baumgarten a montré qu'elles ne tirent pas leur origine des cellules migratrices et que par conséquent, elles ne sont pas inflammatoires dans le sens de Conheim, mais qu'elles peuvent dériver des éléments conjonctifs fixes, pour Arnold et ses élèves, des différents éléments conjonctifs. Weigert a vu, dans la tuberculose de la poule, des cellules hépatiques se transformer en cellules géantes tuberculeuses. De même l'opinion qu'on avait affaire à un vaisseau thrombosé et caséeux ou à des cellules confluentes et fondues ensemble ne s'accorde pas avec la forme des cellules de Langhans La confluence et la fusion des cellules produit des pseudo-cellules géantes, tels les vestiges des conduits glandulaires...; les vraies cellules géantes ne présentent pas que des noyaux périphériques, mais ceux-ci sont en prolifération, entassés sans délimitation de protoplasma. La cellule de Langhans est-elle une formation par excès ? Evidemment non, car la segmentation des noyaux se serait étendue au protoplasma. Ici les noyaux seuls prolifèrent, il y a beaucoup de noyaux pour une seule cellule ; il s'agit d'une formation par défaut.

L'*agent qui produit la cellule de Langhans est le bacille de la tuberculose*, qui siège de préférence à la limite des noyaux et du protoplasma ou entre les noyaux. Comme Koch l'a indiqué, il en est ainsi dans les foyers caséeux où les bacilles occupent la périphérie et vont en proliférant; au centre du foyer, les bacilles se sont segmentés en spores qu'on ne peut voir, ils ne peuvent plus se nourrir, le centre étant une partie morte coagulée qui empêche la pénétration des liquides plasmatiques. Le contraire a lieu pour les ulcérations tuberculeuses et les cavernes, aussi la prolifération des bacilles y est-elle fort active. Certains foyers caséeux ramollis représentent des cavernes en miniature et renferment de nombreux bacilles grâce aux nouvelles conditions qui se sont produites.

Si l'on applique ces données aux cellules de Langhans, on note que les bacilles sont avec les noyaux, tandis que le protoplasma de la cellule reste seul, il ne contient plus de liquide nutritif et les bacilles ont disparu. Les noyaux sont la partie vivante de la cellule et les bacilles se trouvent seulement dans les parties vivantes. La tuberculose hépatique de la poule peut servir d'exemple : la cellule géante y est représentée par un cylindre irrégulier dont une extrémité se confond avec la masse caséeuse, l'autre extrémité est occupée par les noyaux. Il faut admettre que dans la cellule géante, on est en présence d'*une nécrose cellulaire partielle*. Ce fait d'une lésion partielle de la cellule est physiologique; est-il nécessaire de citer à ce sujet la dégénérescence cireuse des muscles, la fibre est nécrosée, la striation disparaît, le noyau vit et peut reproduire la fibre, ou d'autres exemples ? Les microorganismes sont la cause de cette mort partielle de la cellule, ils vivent dans la cellule, restent de simples parasites ou bien ils sécrètent des matières qui sont des poisons pour la cellule. La cellule de Langhans ne peut se produire que sous l'influence d'un processus chronique, aussi est-ce dans le

lupus qu'on observe les types de cellules les plus nets. Si le processus est aigu, les cellules de Langhans sont rares (méningite, pneumonie caséeuse, tuberculose du lapin, des enfants, etc.), rappelons que la tuberculose miliaire est caractérisée, plutôt par la quantité des foyers que par la rapidité de leur développement.

La mort partielle de la cellule explique les particularités que présentent les cellules de Langhans, leur tendance à la prolifération (les noyaux se multiplient, mais le protoplasma altéré ne peut jouer aucun rôle) et enfin le groupement des bacilles et des noyaux. *La cellule de Langhans est une cellule en voie de prolifération avec caséification partielle de la cellule.* Aussi un tubercule miliaire qui contient une telle cellule doit être considéré comme présentant déjà la caséification, malgré l'absence de foyer caséeux. J. DAGONET.

La malattia di Friedreich ; del dott. Raffaele Vizioli. Naples, 1885.

Parmi les causes prédisposantes de cette maladie, l'hérédité tient certainement le premier rang (ataxie héréditaire) : elle est généralement directe et similaire. Après l'hérédité, on peut noter aussi l'influence de la syphilis, de l'alcoolisme, de la consanguinité, de la tuberculose; le sexe fait peu de chose ; l'âge où la maladie débute varie de 2 à 15 ans ; chez les hommes cependant, elle est plus fréquente dans l'enfance. Les causes occasionnelles sont généralement la fièvre typhoïde, la scarlatine, la variole ; puis comme dans l'ataxie classique, le froid humide, l'onanisme, les excès de toute sorte. La maladie de Friedreich n'a d'habitude pas de symptômes prodromiques (douleurs, strabisme, etc.) et s'annonce par des désordres de la motilité dans les membres inférieurs, puis dans les supérieurs avec conservation de la force musculaire, pour aboutir enfin à la paralysie avec atrophie des muscles. Le plus souvent le signe de Romberg manque dans ces cas. L'incoordination motrice atteint aussi les muscles moteurs de l'œil (nystagmus ataxique) ceux de la langue (troubles de la parole) du cou, du tronc. Le plus souvent, la sensibilité générale est conservée; les douleurs fulgurantes et en ceinture sont rares ; quelquefois on note de l'anesthésie surtout dans les membres inférieurs et de la céphalée. Le sens musculaire est conservé, tant qu'il n'y a pas de paralysie ni d'atrophie ; la sensibilité électro-musculaire, la sensibilité réflexe persistent. Le phénomène du tendon rotulien est la règle, comme dans l'ataxie classique ; les sphincters sont intacts, les sens spéciaux ne sont pas atteints. Il faut aussi noter la fréquence des vertiges chez ces sortes de malades. L'intelligence ne subit aucune atteinte, pas plus que les fonctions de la vie végétative ; pas de troubles trophiques. Dans le cours de la maladie, il est fréquent de rencontrer des déviations de la colonne vertébrale ; contrairement à Friedreich, l'auteur trouve que les fonctions génitales ou menstruelles ne subissent aucune atteinte. Quant aux phénomènes dits accessoires, tels que troubles fonctionnels des sécrétions, des appareils cardiaque ou respiratoire, ils sont rares ainsi que les accidents apoplectiques que l'on avait signalés. La marche de cette maladie est lente et progressive, sa durée très longue, sa terminaison toujours fatale et due surtout à des affections intercurrentes ou des complications.

Les lésions anatomiques siègent toutes dans la moelle épinière et ses enveloppes, le bulbe et les nerfs périphériques; elles consistent en un processus sclérotique avec atrophie secondaire des fibres nerveuses et atteignent plus spécialement les cordons postérieurs dans toute leur hauteur jusqu'au bulbe, les cordons de Goll, même les cordons latéraux et quelquefois les cordons antérieurs. L'irritation du centre cilio-spinal expliquerait les céphalalgies fréquentes chez les ataxiques héréditaires et qui ne seraient en somme que des migraines; l'irritation des racines postérieures rendrait compte des douleurs rachidiennes sous la pression. Quant à l'incoordination motrice, elle proviendrait d'un trouble dans les fonctions du cervelet, dû à l'interruption des conducteurs spinaux. La cause n'en serait pas centrale comme le veut Hammond, mais périphérique.

Le diagnostic, qui doit se faire avec l'ataxie de Duchenne et la sclérose en plaques, reposera surtout sur les points suivants : l'âge du malade, ses antécédents, l'absence des troubles de sensibilité, de troubles trophiques, l'intégrité des sphincters, le nystagmus, le trouble de la parole, le vertige, la conservation des réflexes cutanés, l'absence du réflexe rotulien et surtout l'incoordination particulière sans tremblement.

Quant au traitement, il doit être surtout prophylactique; déconseiller, quand cela se peut, le mariage aux enfants des ataxiques héréditaires et même aux descendants de familles névropathiques, est toujours une œuvre humanitaire. Si l'hérédité vient de la mère, lui défendre l'allaitement, puis surveiller la nourriture de l'enfant; relever sa nutrition par des pratiques d'hydrothérapie et de gymnastique; être toujours en garde contre une syphilis héréditaire. Dans le cours de la maladie, les révulsifs et les dérivatifs (vésicatoires, cautérisations ponctuées, douches) rendront de grands services, ainsi que les médicaments usités pour modifier la nutrition de la moelle (iodure de potassium, phosphore, zinc, nitrate d'argent, courants constants ascendants). Les reconstituants sont aussi très utiles et en même temps le traitement symptomatique, bien que secondaire, ne devra pas être laissé de côté.

Ajoutons pour terminer, que ce travail qui renferme un historique complet de la question, repose sur 13 observations détaillées et inédites, recueillies avec soin par l'auteur dans des familles d'ataxiques héréditaires.

J. SÉGLAS.

Sur l'ataxie post-hémiplégique ; Thèse de M. FREIDENBERG Saint-Pétersbourg, 1884.

Ce travail présente un résumé de tous les faits connus sur l'ataxie qui se développe dans les membres paralysés à la suite des hémiplégies cérébrales. Ces faits, mis ainsi en système, sont, d'ailleurs, accompagnés d'explications anatomo-physiologiques fondées sur les données scientifiques récentes. J. ROUBINOVITCH.

NÉCROLOGIE

Le professeur Ch. Robin.

M. ROBIN, professeur à l'école de médecine, est mort subitement à Josseron (Ain), le 6 octobre, à l'âge de 64 ans. Il a été reçu interne des hôpitaux en 1843, il a passé sa thèse de doctorat ès sciences en 1847 et a été nommé agrégé en 1847. En 1862 il a été nommé directement à la chaire d'histologie créée pour lui, grâce à ses relations avec le prince Napoléon. Il a été élu sénateur en 1875 par son département d'origine, l'Ain, qui lui a renouvelé son mandat en 1885. On se rappelle les manifestations qui se produisirent à ce sujet à la Faculté de médecine (1) : les étudiants lui demandaient d'opter entre son mandat de sénateur et sa chaire. Il garda les deux.

Avec M. Robin s'éteint le dernier représentant de l'école — nous dirions volontiers de l'église, en raison de son intolérance, — qui porte son nom. — Les travaux publiés par lui seraient depuis longtemps enfouis dans la poussière des bibliothèques, si les étudiants n'avaient été tenus, de son vivant, de se familiariser provisoirement pour leurs examens avec la terminologie singulière et les théories surannées dont il exigeait d'eux la connaissance. Son seul titre à la reconnaissance de ses concitoyens est la lutte qu'il entreprit jadis pour la vulgarisation des études histologistes.

Comme professeur, M. Robin était un germanophobe aussi ridicule que certains gallophobes allemands ; cette antipathie extra-scientifique pourrait paraître étonnante à ceux qui attribuent encore à la science allemande cette obscurité que n'a jamais possédée à un plus haut degré M. Robin ; il était, parfois, aussi incompréhensible dans ses cours que dans ses

(1) Voir nos du 31 janvier et 14 février 1885.

écrits ; nos lecteurs n'ont qu'à lire, entre autres, ses articles du *Dictionnaire encyclopédique*. La Faculté a subi son influence rétrograde, et n'a pas su le forcer à prendre une retraite parfaitement méritée à tous égards ; depuis longtemps il ne produisait plus rien, ce dont du reste nous ne saurions nous plaindre, s'il n'avait été lui-même un obstacle à la production des travaux scientifiques dignes de notre pays. Au point de vue philosophique M. Robin appartenait à l'école positiviste.

En résumé M. Robin aurait parfaitement confirmé l'horoscope que tirait de lui M. Gosselin, horoscope que nous publions d'après les journaux politiques : « Vous voulez faire de la médecine, lui disait celui-ci, mettez-vous cordonnier, si vous voulez, tout, mais pas cela. « Jamais diagnostic plus exact ne fut porté par M. Gosselin.

Nous citerons pour mémoire les principales œuvres de M. Robin : *Recherches sur un appareil qui se trouve sur les poissons du genre des raies et qui présente les caractères anatomiques des appareils électriques*, thèse de zoologie pour le doctorat ès sciences, 1847 ; — *Des fermentations*, thèse d'agrégation, 1847 ; — *Tableaux d'anatomie comprenant l'exposé de toutes les parties à étudier dans l'organisme de l'homme et dans celui des animaux*, 1851 ; — *Histoire naturelle des végétaux parasites qui croissent sur l'homme et les animaux vivants*, 1853 ; — *Traité de chimie anatomique*, etc., en collaboration avec Verdeil, 1853 ; — *Mémoire sur les objets qui peuvent être conservés en préparations microscopiques transparentes et opaques*, etc., 1856 ; — *Mémoire contenant la description anatomo-pathologique des diverses espèces de cataractes capsulaires et lenticulaires*, 1859 ; — *Mémoire sur les modifications de la muqueuse utérine pendant et après la grossesse*, 1861 ; — *Leçons sur les humeurs normales et morbides du corps de l'homme*, 1867 ; — *Mémoire sur l'évolution de la notocorde*, etc., 1868 ; — *Anatomie microscopique des éléments anatomiques, des épithéliums*, 1868 ; — *Des tissus et des sécrétions*, 1869 ; — *Programme du cours d'histologie*, 1870 ; — *Traité du microscope*, 1871 ; — *Un rapport sur Millie-Christine* (*Bulletin de l'Acad. de Méd.*, 1872) ; En collaboration avec Littré, il a remanié le *Dictionnaire de Nysten* ; il était l'un des fondateurs du *Journal de l'anatomie et de la physiologie* ; il a enfin écrit un certain nombre de préfaces entre autres celle du *Traité d'anatomie générale* de M. Cadiat, dont nous ne voulons pas ici apprécier la valeur dans l'intérêt de notre pays, et aussi par égard à la position de l'auteur. — On trouvera en outre dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* (Dechambre) un certain nombre d'articles dont nous croyons devoir nous dispenser de faire l'énumération.

VARIA

Choléra.

Paris. — Nous avons annoncé, dans le nº 38, d'après la *Semaine médicale*, que trois cas de choléra avaient été constatés à Montreuil et que des cholériques avaient été conduits à l'hôpital St-Antoine, où plusieurs étaient décédés. Or, de ces malades, l'un aurait succombé à une péritonite traumatique, l'autre à une affection de nature douteuse Dans le cours de la semaine dernière, on aurait constaté dans les hôpitaux des accidents cholériformes chez six adultes et deux enfants ; sept sont en voie d'amélioration, un seul parait assez gravement malade. Tous avaient été envoyés par la Préfecture de police, c'est donc qu'il s'agissait fort probablement de malheureux tombés dans la plus grande misère.

L'épidémie est en décroissance aussi bien en France qu'en Espagne. En Italie seulement le choléra continue à suivre une marche ascendante (voir plus haut Correspondance, p. 282). Dès le prochain numéro nous supprimerons les tableaux statistiques que nous avons publiés jusqu'à présent. Les renseignements fournis actuellement sont le plus souvent erronés et incomplets, et font même parfois défaut.

Espagne. — La Commission de médecins chargée d'assister aux expériences du Dr Ferran sur la vaccination du choléra a fait un rapport défavorable. (*Evénement* du 4 octobre 1885). — On signale, en date du 30 septembre, 16 cas et 4 décès dans les environs de Madrid; — 275 cas et 112 décès le 4 octobre; — 294 cas et 106 décès le 6 octobre.

Concours de l'Internat.

La composition écrite a eu lieu mercredi dernier. Le sujet de la composition était : *Rapports de l'estomac et du duodénum ; anatomie pathologique, symptômes et diagnostic du choléra asiatique*. Il paraît que l'énoncé de la question de pathologie a été assez mal accueilli ; c'est là cependant une question toute d'actualité et sur laquelle ont été publiés de nombreux mémoires, des leçons cliniques, celles de M. Straus entre autres, et des articles très intéressants, comme ceux de M. Capitan.

Avant l'entrée du Jury, les étudiants ont fait une petite manifestation contre leurs camarades, les étudiantes en médecine, externes des hôpitaux, candidates à l'internat. Les candidats se seraient montrés plus libéraux et plus galants, en s'abstenant de toute manifestation.

L'*Evénement* du 9 octobre, termine l'article qu'il consacre au « Concours pour l'Internat » par les réflexions suivantes :

« Comment, pour un concours de cette importance — car enfin, il y a tous les ans beaucoup d'appelés et quarante seulement d'élus — l'Assistance publique néglige-t-elle de fournir aux jeunes gens la moindre des commodités matérielles nécessaires pour passer un examen écrit de cette nature ? Ainsi *c'est sur des planches à dessin* (!), *sur des buvards ou des serviettes appuyés sur leurs genoux, et apportés par les candidats eux-mêmes, que ceux-ci sont obligés d'écrire leur composition*, le corps courbé en deux, pendant trois heures, et assis sur les bancs étroits et incommodes d'un amphithéâtre déplorablement aménagé ! Pourquoi donc ferait-on moins pour les concurrents à l'internat que pour les instituteurs qui passent leur brevet et auxquels on installe des tables dans une des salles de l'Orangerie et que pour les lycéens du concours général qui jouissent du même privilège ?

« Il nous semble que voilà encore une mesure à prendre qui mérite bien l'attention du directeur de l'Assistance publique... Nous voulons croire que M. Peyron n'attendra pas, pour donner satisfaction à nos étudiants, la réclamation collective qui doit lui être adressée à ce sujet — nous l'en avertissons — par la sympathique jeunesse de l'Ecole de médecine. »

Nous sommes heureux de voir l'*Evénement* appeler l'attention de l'Administration sur la mauvaise disposition de l'Amphithéâtre de l'Assistance publique. Cette mauvaise disposition existe dans tous les Amphithéâtres des hôpitaux et dans ceux de l'Asistance publique, sauf dans celui de la Salpêtrière. Lorsque nous avons fait au Conseil municipal le rapport sur la transformation de l'ancienne cuisine) de la Salpêtrière, en Amphithéâtre de cours, nous avons signalé l'utilité de pourvoir les bancs d'appuie-mains afin de permettre aux auditeurs de prendre facilement des notes. Pour justifier notre demande, qui paraissait singulière, nous avons dit qu'une semblable disposition existait à Londres et qu'on s'en trouvait bien. Nous n'avons jamais cessé d'insister sur cette petite réforme. L'Admistration a construit des Amphithéâtres,

Italie.

PROVINCES :	30 SEPTEMBRE.		1er OCTOBRE.		2 OCTOBRE.		3 OCTOBRE.		4 OCTOBRE.		6 OCTOBRE.	
	Cas.	*Décès.*	*Cas.*	*Décès.*	*Cas.*	*Décès.*	*Cas.*	*Décès.*	*Cas.*	*Décès.*	*Cas.*	*Décès.*
Palerme	207	87	164	65	»	66	196	99	146	47	20	11
Ferrare	11	3	10	3	»	»	»	»	1	1		
Massa-Carrare . . .	4	1	1	2	»	»	»	»	2	2		
Parme	6	3	12	8	»	»	»	»	6	2		
Rovigo	1	»	5	2	»	»	»	»	3	2	11	8
Gênes.	»	»	2	1	»	»	»	»	3	2		
Girgenti	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»		
Reggio-Emilia . . .	»	»	4	1	»	»	»	»	1	»		
Modène.	»	»	2	»	»	»	»	»	»	»		
Ville de Palerme. .	»	»	»	»	»	»	150	75	»	»	105	60

sans reproduire l'heureuse disposition de celui de la Salpêtrière. Quand nous avons fait le rapport sur le service des morts de Laënnec, nous avons spécifié que l'Amphithéâtre des cours serait pourvu d'appuie-mains. — Il y a deux mois, en visitant cet hôpital, nous avons constaté que l'Administration, dans ce cas comme dans beaucoup d'autres malheureusement, n'avait pas jugé utile de se conformer aux désirs du Conseil municipal. Nous avons cité ce fait à M. Peyron qui nous a promis de réaliser cette amélioration qu'il jugeait lui-même utile. L'a-t-il fait ? Nous ne savons. Nous espérons que, grâce au concours que nous prête aujourd'hui l'*Evénement*. M. Peyron n'hésitera pas à réaliser, partout où cela est possible, l'amélioration dont il s'agit.

La myographie de la dégénérescence des nerfs chez les animaux et chez l'homme.

Par **R. W. AMIDON** (de New-York) A. M., M. D (1).

Sous une forme aussi concise que possible, le présent mémoire a pour but d'étudier, au moyen d'explorations électriques attentives et de tracés myographiques, les effets des lésions nerveuses périphériques chez l'homme ; en regard de ces phénomènes, on placera des observations analogues faites chez des grenouilles dont les nerfs auront été sectionnés ; et de la connaissance des modifications histologiques survenues chez la grenouille, on conclura par voie d'induction que les phénomènes qui existent chez l'homme ne diffèrent pas de ceux qui existent chez la grenouille, lorsque les uns et les autres se manifestent extérieurement de la même façon.

A l'époque actuelle, en présence de la fécondité de la littérature médicale, les articles courts et pratiques sont les seuls qu'on lise avec attention ; et c'est afin de mettre cet article à la portée de tous que l'on a retranché toute considération spéculative et théorique, aussi bien que des détails et des observations de cas types qui seraient sans utilité.

De même que le sphygmogramme est le tracé du pouls, le myogramme est le tracé du muscle. A l'aide d'un mécanisme qui sera décrit plus tard, un muscle, en se contractant, met en mouvement un levier, lequel laisse sa trace sur un papier qui est recouvert de noir de fumée et enroulé sur un cylindre animé d'un mouvement de rotation. Le muscle inscrit ainsi, d'une façon indélébile, sur le papier, les faits suivants : rapidité de la contraction et du relâchement musculaire (brusquerie de l'ascension et de la descente), amplitude du mouvement musculaire (hauteur et largeur de la courbe), et enfin, avec le secours de quelques appareils accessoires (le chronographe et le diapason) rapidité de l'action sous l'influence des stimulants (période latente) et effets que détermine soit la continuation soit la suspension de la stimulation provoquée.

Quiconque possède quelques notions d'électrothérapie connaît assurément ces contractions retardées, lentes, vermiculaires que provoque le galvanisme sur des muscles séparés depuis un certain temps de leurs connexions médullaires. L'auteur a pensé que le caractère particulier de cette contraction serait admirablement démontré par le myographe, et c'est primitivement dans le dessein d'imiter cet état chez l'animal, qu'il a institué les expériences qui suivent. Tout d'abord, les réactions musculaires et nerveuses normales ont été étudiées chez la grenouille saine de la façon suivante : au moyen d'un double interrupteur, le circuit qui transmet l'électricité à la grenouille est établi et interrompu en même temps que le circuit du chronographe, en sorte qu'au moment où l'électricité atteint le muscle, elle atteint aussi le chronographe et brise la ligne.

Après avoir séparé le cerveau et la moelle de la grenouille, afin de supprimer les mouvements volontaires et réflexes, on met à nu le sciatique, on sectionne le tendon d'Achille que l'on attache à l'aiguille du myographe, et l'on épingle solidement la grenouille à la plaque de liège avec un électrode sous le nerf et l'autre en un point quelconque, la partie la plus étroite du dos par exemple. Nous prenons les tracés produits par la contraction à la fermeture du cathode (neg.) CACC, et la contraction de fermeture ou d'ouverture de l'anode (pos.) ANCC ou ANOC (contraction provoquée par une petite pile de Grenet), et ensuite par la réaction du courant secondaire d'un appareil d'induction de Dubois. On répète ensuite le même procédé sur le muscle.

On a coupé le sciatique à plusieurs grenouilles, et ces animaux ont été tenus dans une chambre *très* chaude, afin que la dégénérescence nerveuse ne fût pas retardée peut-être de quelques semaines, ainsi qu'on l'observe chez la grenouille, surtout pendant l'hiver.

Chaque jour, on tuait une grenouille, on sectionnait la moelle et on la soumettait aux procédés auxquels les grenouilles saines avaient été soumises. Après l'exploration électrique, on faisait aussi l'examen microscopique des muscles et des nerfs lésés. La formule pour le nerf normal est (1) CACC > ANOC > ANCC > CAOC (ce dernier terme ne se rencontre jamais ou ne se rencontre que très rarement quand le nerf est sain). Cette formule est représentée graphiquement par les figures 1, 8 et 9 de la planche III où l'amplitude de CACC est > ANOC, laquelle est > ANCC, et où une contraction musculaire bien nette est produite par le courant induit d'une bobine secondaire de Dubois à la distance de sept centimètres de la bobine primitive (ce courant est tout juste perceptible sur la langue).

Les modifications qui surviennent dans les réactions nerveuses après la section sont les suivantes : Quarante-huit heures après la section, des modifications très nettes s'étaient déjà produites ; CACC avait diminué de deux tiers ; ANOC et CC n'avaient pas sensiblement varié ; et la réaction faradique avait diminué d'environ un tiers. Le troisième jour CACC $= \frac{1}{6}$, ANOC $= \frac{1}{4}$, ANCC est tout juste appréciable, et FC $= \frac{1}{3}$ de son amplitude normale. Le quatrième jour CACC est descendu à $\frac{1}{18}$ et présente de la lenteur et de la tétanisation ; ANOC est abaissé à $\frac{1}{12}$, ANCC n'a pas varié, mais tous deux présentent une grande lenteur et de la tétanisation ; FC = environ $\frac{1}{16}$, avec retard, lenteur et tétanisation.

Le cinquième jour après la section, on ne peut découvrir aucune réaction nerveuse sous l'influence soit du galvanisme, soit de la faradisation. La dégénérescence Wallérienne a commencé à être nettement perceptible dans les nerfs, à l'examen microscopique, le troisième jour ; elle a progressé quotidiennement ; le cinquième jour et les jours suivants elle était complète, les nerfs n'étant plus qu'une masse de myéline brisée, de noyaux, de détritus granuleux, et de cylindraxes nus. Cette série de tracés démontre parfaitement la mort graduelle d'un nerf en dégénérescence, mort qui, auparavant, n'était indiquée que par la diminution progressive des réactions électriques telles que l'œil peut les constater sans le secours d'aucun appareil. Chez les grenouilles dont il s'agit le nerf est mort de bonne heure à cause de la température élevée du lieu où on les a maintenues. Chez l'homme, c'est du septième au quatorzième jour qu'un nerf coupé ou gravement contusionné, cesse de répondre aux excitations.

Les choses se passent autrement pour les muscles qui sont desservis par un nerf en dégénérescence. La formule normale que donne l'excitation directe du muscle est CACC > ANCC > ANOC > CACO (ces deux derniers cas étant très rares). Cette formule est graphiquement représentée par les fig. 1, 26 et 27 de la planche IV, où CACC est plus grand d'un tiers que ANCC, et où FC est produit par une bobine secondaire de Dubois à 4 centimètres de distance. Un mot maintenant de la dégénérescence des nerfs chez l'homme. Dans les trois à quatre premiers jours, tous les modes d'excitation électrique produisent simple-

(1) Mémoire lu à la Réunion de l'*Association Neurologique Américaine*. — La difficulté de publier en même temps les planches a retardé la publication de ce travail.

(1) On emploiera désormais dans le cours de ce travail les abréviations ordinaires : CA, cathode (pole négatif.) — AN, anode (pole posit.), C=fermeture (*closure*), O=ouverture, C=contraction, > =plus grand que, < =plus petit que, = égal, F=faradisation ; G=galvanisme, etc.

ment une réaction moindre que la réaction normale. Plus tard (du 3e au 7e jour), FC diminue graduellement et disparaît dans le cours de la deuxième semaine. ANCC=CACC, et, dans le cours de la seconde ou de la troisième semaine, devient > CACC. Il y a plus : on voit alors apparaître CAOC, qui ne se rencontre que rarement, nous pourrions même dire jamais, dans le muscle sain. C'est ainsi que la formule est souvent renversée, ANCC > CACC > CAOC > ANOC (ce dernier se rencontre rarement). L'apparition de ces modifications *qualitatives* indique l'apparition de la dégénérescence Wallérienne aux extrémités terminales des nerfs moteurs dans le muscle. A partir de ce moment, le tissu connectif se met à augmenter dans le muscle, il en résulte de la cirrhose, ANCC devient beaucoup > CACC, CAOC et CACC disparaissent graduellement, et, en dernier lieu, lorsque tout le tissu musculaire a disparu, ANCC fait défaut à son tour. Il faut ajouter que les muscles se contractent de plus en plus lentement lorsqu'ils sont en voie de dégénérescence. Leur contraction est retardée (augmentation de la période latente) et prolongée, et, dans certains cas, on peut donner lieu à une contraction tétanisée, en employant un courant galvanique continu, alors que, sur le muscle sain, pareille contraction ne peut être provoquée que par un courant *très* fort, agissant sur un muscle fatigué ou excité.

Les muscles de grenouilles, après excision des nerfs sciatiques, ont été examinés de la façon suivante : chaque jour on tuait une grenouille, on sectionnait la moelle, et on pratiquait les explorations.

On prenait d'abord la courbe produite par CACC, puis celle de ANCC, puis celle que donnait un courant induit fourni par une bobine secondaire de Dubois éloignée de 4 centimètres. Quarante-huit heures après la section, on constatait déjà une diminution de l'amplitude des mouvements musculaires, révélée par la diminution do hauteur des courbes ; déjà aussi ANCC était > CACC ; en même temps, on constatait un commencement de tétanisation sur la courbe anode, c'est-à-dire que la ligne de descente était inclinée et plus allongée (Pl. IV, fig. 24). Le troisième jour, ANCC était > CACC, et FC n'était que très légèrement accusé ; CACC indiquait aussi la tétanisation, la courbe s'arrondissant et se prolongeant longtemps après la suppression du stimulus électrique. La période latente (1) était déjà allongée (sa durée normale est d'environ 1|100e de seconde). Dans certains états pathologiques (2), cette période est considérablement allongée, et le temps qui s'écoule entre le moment où l'électricité pénètre dans le muscle et celui où le muscle se contracte est appréciable par l'œil ; mais il l'est bien plus encore au moyen d'un myogramme. Ce retard est surtout marqué dans les muscles qui présentent la réaction propre à la dégénérescence.

Le quatrième jour, la tétanisation était plus complète encore ; en effet, le muscle ne se relâchait pas du tout pendant toute la durée du courant ; il ne se relâchait même que plusieurs centièmes de seconde après l'ouverture du circuit.

Le sixième jour, CACC est devenu plus petit ; on constate un petit CAOC ; ANCC est plus grand et a un caractère très tétanique. Le septième jour, CACC est petit ($\frac{1}{4}$ de l'amplitude normale) et tétanique ; ANCC est deux fois et demie > CACC.

Le seizième jour (Pl. IV, fig. 7, 14, 15), c'est à peine si l'on constate une trace de CACC avec un élément ; cinq éléments produisent une contraction lente, 5|100es de seconde, et l'élément unique produit encore un ANCC étendu et tétanisé, c'est-à-dire que ANCC est dix fois > CACC. On n'obtient FC qu'en amenant la bobine secondaire de Dubois au contact de la bobine primitive, ce qui produit un courant qui détermine chez la grenouille un tétanos généralisé ; le courant ainsi produit est presque douloureux pour la main de l'opérateur.

Le vingtième jour, on obtient avec un élément un petit CACC (Pl. IV, fig. 8), tandis que l'anode du même élément donne une courbe très étendue et tétanisée. En amenant la bobine secondaire au contact, on obtient un FC satisfaisant, mais retardé.

Le trente-septième jour, les courbes myographiques présentaient des particularités qui, ainsi que le démontreront les exemples que nous fournirons dans la suite, doivent être considérées comme pathognomoniques de la dégénérescence des nerfs. Nous avons déjà montré jusqu'ici comment la ligne de descente devenait de plus en plus inclinée et de plus en plus lente à atteindre la ligne qui forme la base du tracé ; ceci revient à dire que nous avons montré que le muscle était lent à se relâcher et en partie tétanisé. Actuellement, le trente-septième jour et les jours suivants, la tétanisation devient complète ; en d'autres termes, tant qu'on laisse le courant galvanique passer dans le muscle, ce muscle ne se relâche pas ; mais vient-on à rompre le circuit, on voit survenir un relâchement lent. C'est ce que démontrent les figures 9, 10 et 28 de la planche IV, où l'on voit une ligne d'ascension inclinée, un sommet arrondi, et enfin une ligne de descente qui est inclinée jusqu'à un point donné de son trajet, où elle demeure stationnaire jusqu'à ce que, le circuit ayant été rompu, elle descende graduellement jusqu'à la ligne de base.

Cette série de myogrammes montre graphiquement les modifications progressives, tant qualitatives, que quantitatives, que la lésion d'un nerf moteur détermine dans les muscles qui sont tributaires de ce nerf. D'abord, retard, tétanisation et disparition graduelle de CACC ; secondement, conservation de ANCC, mais avec retard et tétanisation ; troisièmement, prédominance de ANCC sur CACC ; et, enfin, disparition rapide de la contractilité faradique, les contractions étendues que l'on peut obtenir tardivement sous l'influence de la faradisation ne succédant plus, en effet, qu'à l'emploi d'une excitation électrique ayant au moins dix fois la force du courant primitivement employé. Encore, la conservation de FC, même sous une forme atténuée, est-elle due à ce fait que l'électrode entre en contact direct avec le muscle, ainsi qu'il arrive chez l'homme quand on a ponctionné le muscle. La seule modification histologique que l'on ait constatée dans les muscles de la grenouille en expérience consiste dans la désintégration et l'état granuleux des nerfs intra-musculaires.

Chez l'homme (1), les études myographiques ont principalement porté sur les lésions des nerfs, ou sur les maladies qui déterminent la dégénérescence des nerfs ou l'atrophie musculaire. Nous avons employé chez l'homme les mêmes procédés enregistreurs que chez la grenouille, mais de la façon qui est indiquée par la figure.

La manière de procéder, dans le cas où l'expérience porte par exemple sur le muscle abducteur de l'index, est la suivante : Placez la main sur un point d'appui quelconque, qui soit au même niveau que la plaque de liège qui sert à fixer la grenouille. Fixez un électrode sur un point quelconque du corps (de préférence le sternum) ; attachez un autre petit électrode sur le trajet du nerf cubital au niveau du coude ou du poignet ; mettez l'un en connexion directe avec la batterie et rattachez l'autre à cette même batterie par l'intermédiaire d'un double interrupteur. Employez un nombre suffisant d'éléments pour obtenir un bon CACC, mettez le cylindre en mouvement, et recueillez plusieurs tracés, que vous marquerez CACC en notant le nombre d'éléments qui aura été employé. Renversez le courant, et enregistrez ANCC de la même manière. Détachez les rhéophores de la batterie galvanique, rattachez-les à la bobine secondaire de Dubois, et enregistrez de la

(1) On appelle *période latente* le temps qui s'écoule entre l'excitation du muscle et sa contraction.

(2) Mendelssohn. — *Sur le temps perdu des muscles. Physiol. expériment.* (Marey). Paris, 1880.

(1) On trouvera la myographie humaine *mentionnée* dans les *Principes d'Electrothérapie* de Cyon, et dans quelques-uns des ouvrages de Marey ; mais l'auteur n'a vu nulle part de myogrammes recueillis sur l'homme, et il n'en connait qu'un petit nombre qui aient été recueillis sur un mammifère *quelconque*.

même manière, en ayant soin de noter le degré de relation des deux bobines (la force du courant).

Pour enregistrer les réactions musculaires, laissez l'électrode indifférent au même endroit, et fixez ou maintenez un petit électrode sur le point moteur du muscle à explorer.

Les figures 1, 16 et 17 de la pl. II représentent des myogrammes humains normaux produits par l'excitation des nerfs. Nous appelons particulièrement l'attention du lecteur sur la similitude qui existe entre ces myogrammes et ceux de la grenouille; la seule différence, c'est que chez la grenouille on ne peut pas provoquer ANCC à cause de la grande douleur que l'on détermine et de l'excitation des muscles antagonistes. En parlant maintenant des myogrammes pathologiques, nous ménagerons le temps du lecteur en donnant le *nom* de la maladie étudiée (nous ne parlerons que de cas types et où le diagnostic est absolument certain) et en ajoutant seulement les données qui paraîtront essentielles à la parfaite intelligence du sujet.

La paralysie de la face (paralysie de Bell) nous fournit un exemple d'une maladie qui présente avec les sections nerveuses une étroite ressemblance; dans les cas incurables, cette ressemblance va jusqu'à l'identité en ce qui touche les modifications pathologiques et les phénomènes extérieurs. Peu importe la façon dont les muscles sont séparés de leurs centres; qu'il s'agisse là d'un névrome, d'une névrite, d'une compression, d'une contusion ou d'une section, toujours est-il que la lésion irréparable sera suivie d'un résultat identique, à savoir : la dégénérescence du nerf et l'atrophie musculaire. C'est pourquoi le cas de paralysie de Bell dont nous allons parler est un de ceux que l'on peut utilement mettre en regard des cas de section des nerfs chez les grenouilles.

Le procédé employé pour enregistrer les mouvements musculaires de la face consiste à mettre un point de la joue voisin de l'angle de la bouche en rapport avec le myographe, au moyen d'un morceau de taffetas d'Angleterre, que l'on colle sur la peau, et duquel part un fil qui se rend au levier; on dispose ensuite la tête de telle façon que toute traction subie par le fil, tout mouvement facial, si léger qu'il soit, soit aussitôt enregistré sur le papier noirci.

La première exploration fut pratiquée dans la seconde semaine de la paralysie; la formule était alors la suivante :

Nerf, CACC > ANOC
Muscle, ANCC > CACC

Nerf ou muscle FC fait défaut.

Toutes les contractions étaient notablement retardées et prolongées, la période latente de ANCC et de OC étant d'environ 7/100es de seconde. (Voy. pl. VI, fig. 14.)

Le trente et unième jour, on fit une seconde exploration, et l'on trouva la réaction de dégénérescence beaucoup plus marquée. Toutefois, le nerf répondait encore aux excitations galvaniques. La formule était la suivante :

Nerf, ANCC 35 éléments, à peu près = CACC 40 éléments. Muscle, ANCC 12 éléments, à peu près = CACC 20 éléments, ce qui montre une réaction de dégénérescence très accusée.

La période latente de CACC, courant du nerf, était de 15/100es de seconde, et celle de ANCC, courant du nerf, était à peu près la même. (Pl. VI, fig. 2 et 3.)

Quant à la période latente de l'excitation musculaire directe, elle était de 10/100es de seconde. Si l'on veut bien comparer le tracé 5 de la planche VI, CACC dans une paralysie de Bell au 31e jour, avec la fig. 9 de la pl. IV, CACC chez une grenouille paralysée, au 37e jour, on sera frappé de la similitude, pour ne pas dire de l'*identité* des deux courbes. N'est-il donc pas raisonnable de supposer que les modifications histologiques sont bien près d'être semblables dans les deux cas? Dans les lésions du nerf musculo-spiral, nous avons une paralysie périphérique, pratiquement identique à la paralysie de Bell et à celle que donnent les sections nerveuses chez la grenouille. C'est pourquoi nous engageons le lecteur à comparer les tracés 6 de la pl. IV, CACC 17 éléments, et 10, ANCC 27 éléments, qui sont les myogrammes d'un cas de paralysie musculo-spirale au 26e jour, avec le tracé de la paralysie de Bell au 31e jour (pl. VI, fig. 5) et avec le myogramme de la grenouille (pl. IV, fig. 9) au 37e jour. On peut ajouter à cette liste un second cas de paralysie musculo-spirale au 60e jour (pl. VI, fig. 7); et la comparaison de ce dernier cas avec les quatre cas mentionnés précédemment n'a certainement besoin d'aucun commentaire.

On trouve entre ces myogrammes une similitude frappante; tous sont *retardés*, tous ont une ligne d'ascension *inclinée*, un sommet *arrondi*, une ligne de descente *inclinée* jusqu'au niveau d'un point donné, où le muscle demeure *en état de contraction tonique;* puis on remarque une *chute* qui met à peu près autant de temps à apparaître après la *rupture* du courant qu'elle en a mis à commencer après son *établissement*.

Il y a toutefois, chez l'homme, des troubles neuro-musculaires qu'il est difficile ou impossible de reproduire chez l'animal; nous serons aussi brefs que possible dans les détails que nous allons donner sur les myogrammes de quelques muscles à l'état pathologique, et surtout dans l'atrophie. La réaction, en pareil cas, est presque toujours celle de la dégénérescence, c'est-à-dire ANCC > CACC, FC nul, réaction nerveuse nulle, quel que soit le mode d'électrisation, galvanisme ou faradisation. Alors aussi la réaction se montre lente, vermiculaire, ou onduleuse à l'œil nu; mais tous ces caractères apparaissent d'une façon bien plus accusée avec le secours du myographe.

Prenez, par exemple, un cas de section déjà ancienne du nerf médian (pl. I, fig. 6 et 11); une atrophie simple des premiers muscles interosseux (pl. I, fig. 7 et 10); un cas d'atrophie fonctionnelle des premiers muscles interosseux (pl. V, fig. 6 et 7); une atrophie de la main, non progressive, et présentant la réaction caractéristique de la dégénérescence (pl. II, fig. 7 et 8). Prenez encore un cas de myélite chronique des cornes antérieures chez l'adulte, où se rencontrera, à la main, une atrophie localisée au premier espace interosseux, et ressemblant par là à l'atrophie de l'atrophie musculaire progressive, mais différant de cette dernière à d'autres égards, et particulièrement en ce point qu'elle présente la réaction caractéristique de la dégénérescence (voyez sur la pl. I, les fig. 8 et 9, où ANCC, 25 éléments, est 4 — 5 fois > que CACC, 30 éléments). La réaction propre à la dégénérescence se remarque encore sur les tracés 5 et 8 de la pl. V, où nous voyons des myogrammes de l'abducteur de l'index dans un cas de lèpre anesthésique, avec névrome sur chaque nerf cubital, et avec anesthésie et atrophie dans leur distribution. La courbe ANCC (5) est identique aux courbes tétanoïdes de la Pl. I.

Il est certaines modifications que peuvent subir les muscles et qui donnent lieu à des changements dans leurs réactions électriques; mais ces changements sont peu marqués; c'est à peine s'ils le sont assez pour être visibles aux yeux, sans le secours d'appareils. Ils sont en outre principalement quantitatifs, et non qualitatifs.

Voyons maintenant jusqu'à quel point notre méthode graphique nous sera utile dans l'étude de ces cas. Tout le monde connaît l'immobilité qui résulte de ce qu'un membre est resté longtemps sans fonctionner, comme il arrive lorsqu'on a appliqué un appareil de fracture, ou que le malade a souffert d'une affection inflammatoire, telle que le rhumatisme; et tout le monde aussi a certainement pensé que la fausse ankylose qui existe souvent en pareil cas ne rend pas suffisamment compte des phénomènes observés. Les personnes à qui l'emploi de l'électricité est familier ont également remarqué que, dans les cas de ce genre, les réactions des nerfs et des muscles sont lentes, mais ne présentent aucune modification qualitative. Les myogrammes 2, 14 et 15 de la planche II, et 2, 15 et 20 de la planche I montrent quels sont en réalité les changements subis. La contraction musculaire est retardée et légèrement tétanisée. Tous les auteurs sont d'accord pour affirmer que, dans l'atrophie musculaire progressive, on

ne rencontre pas la réaction de la dégénérescence vraie ; mais en consultant les fig. 3, 12 et 13 de la planche II, et 3, 4 et 19 de la planche I, on aura de ce fait une démonstration encore plus convaincante.

Dans la paralysie pseudo-hypertrophique, la formule normale est conservée ; mais les myogrammes présentent des particularités que montrent les fig. 5, 12 et 17 de la planche I, et 4, 10 et 11 de la planche II. Disons un mot, avant de terminer, des réactions qui furent observées dans un cas singulier où une paraplégie était survenue chez une jeune fille qui avait guéri d'une paralysie spécifique des nerfs de la sixième et de la septieme paire du même côté. La paraplégie était simple (elle ne s'accompagnait d'aucun trouble du côté de la vessie ou du rectum), et elle se réduisait presque à une parésie des muscles jambiers et péroniers antérieurs. Les réactions sont intéressantes, parce qu'elles se rapprochent des réactions propres à la dégénérescence sous l'influence de l'excitation galvanique, telles que ces réactions sont décrites par les auteurs ; mais la contractilité sous l'influence de la faradisation est conservée. Les tracés ont été obtenus par l'excitation du nerf péronier et du groupe antérieur des muscles du tibia.

Les réactions nerveuses obtenues ont été les suivantes :

{ANOC 15 él. / Pl. V. *fig.* 11} > {ANCC 15 él. / *fig.* 2} > {CAOC 20 él. / *fig.* 14} > {CACC 20 él. / *fig.* 1}

Les réactions musculaires ont été les suivantes :

{CAOC 10 él. / Pl. V. *fig.* 13} presque = {CACC 10 él. / *fig.* 3} > {ANCC 21 / él. *fig.* 4} > {ANOC 30 / él. *fig.* 9}

F C existait, mais retardé et lent, aussi bien pour le nerf que pour le muscle, ce qui naturellement exclut la possibilité d'une destruction des cornes antérieures de la moelle, la paraplégie datant de cinq mois.

Une lecture attentive de la légende qui accompagne les planches, et une comparaison des divers tracés qui y sont reproduits, ne sera pas inutile au lecteur ; elle lui montrera : 1° L'identité, au point de vue de la forme et des rapports, des myogrammes fournis par l'homm… par la grenouille, à l'état sain ; 2° La grande similitude… myogrammes pathologiques chez la grenouille et chez l… mme (sections ou maladies des nerfs) ; 3° Le caractère bie… arqué des modifications myographiques dans les cas o… s troubles trophiques de peu d'importance viennent à affecter les muscles chez l'homme (manque de fonctionnement, atrophie musculaire, etc.) ; 4° Les altérations profondes que présentent, dans leur contour, les myogrammes fournis par des muscles depuis longtemps séparés de l'influence vivifiante de leurs centres nerveux (atrophie musculaire chronique, polio-myélite chronique, etc).

Il est impossible de prévoir l'avenir qui est réservé à la myographie humaine. Elle pourra devenir utile, à titre de procédé très exact, dans la détermination du diagnostic différentiel et du pronostic. Considérée comme addition à nos méthodes de laboratoire pour l'étude de la thérapeutique expérimentale, elle n'a pas besoin d'être louée. Son emploi est beaucoup plus simple et demande beaucoup moins de temps qu'on ne pense ; enfin, l'appareil américain présente, au point de vue de son prix, un tel avantage sur les appareils importés, qu'il devient accessible à presque toutes les bourses.

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 27 septembre au samedi 3 octobre 1885, les naissances ont été au nombre de 1057 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 406 ; illégitimes, 152. Total, 558. — *Sexe féminin* : légitimes, 359 ; illégitimes, 140. Total, 499.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1881 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 27 septembre au samedi 3 octobre 1885, les décès ont été au nombre de 882, savoir : 468 hommes et 414 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoide : M. 13, F. 16. T. 29. Variole : M. 1, F. 1, T. 2. — Rougeole : M. 9, F. 6, T. 15. — Scarlatine : M. 1 F. 1 T. 2. — Coqueluche : M. 1, F. 4. T. 5. — Diphthérie, Croup : M. 10 F. 12, T. 22. — Dyssenterie : M. 1, F. 0, T. 1. — Erysipèle M. 2, F. 1 T. 3. — Infections puerpérales : 5. — Autres affections épidémiques : M. ., F. ., T. .. — Méningite tuberculeuse et aiguë : M. 19 F. 11, T. 30. — Phthisie pulmonaire : M. 117, F. 85 T. 202. — Autres tuberculoses : M. 18, F. 12. T. 30. — Autres affections générales : M. 35, F. 34 T. 69. — Malformations et débilité des âges extrêmes : M. 15, F. 36, T. 51. — Bronchite aiguë : M. 9, F. 4, T. 13. — Pneumonie : M. 12, F. 16, T. 28. — Athrepsie : M. 56, F. 49 T. 105. — Autres maladies des divers appareils : M. 123, F. 113, T. 236. — Après traumatisme : M. ., F. ., T. .. — Morts violentes : M. 21, F. 5. T. 26. — Causes non classées M. 6, F. 3, T. 9.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 81 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 35 ; illégitimes, 17. Total : 52. — *Sexe féminin* : légitimes, 19 ; illégitimes, 10. Total : 29.

Universités étrangères. — Le Dr Ebner a été nommé privat-docent de chirurgie à la Faculté de Prague. — Le Dr Werth, professeur extraordinaire à Kiel, est nommé professeur d'accouchement à la place du Dr Litzmann (de Kiel), qui se retire.

Ecole de pharmacie de Montpellier. — Un concours s'ouvrira le 25 mars 1886 devant l'Ecole supérieure de pharmacie de Montpellier, pour un emploi de suppléant des chaires de pharmacie et matière médicale à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Nécrologie — M. Tayon, professeur de zoologie et de zootechnie à l'école normale d'agriculture de Montpellier, est décédé à Paris le 24 septembre. — On annonce la mort du Dr Schweninger, privat-docent de chirurgie à la Faculté de Münich ; il était âgé de 41 ans. — Le Dr Gaëtan Delaunay vient de succomber, à l'âge de 28 ans, aux atteintes de la phthisie pulmonaire ; il avait collaboré à la *Tribune médicale* et était rédacteur judiciaire de la *République française*. Nos lecteurs se souviennent de l'analyse que nous avons publiée récemment (*Progrès médical*, n° 27, 1884, p. 553.) de sa *Physiologie du dévôt*. — Nous apprenons encore la mort des Drs Girardin, décédé au Tonkin ; Césenne (d'Aix-les-Bains) ; Gallot (d'Ausson, Aube) ; Alphonse Vidard, décédé à Genève, à l'âge de 67 ans ; Barthe, maire de St-Emilion (Gironde) ; Guy, professeur au King's College Hospital de Londres ; Peladan (de Nimes) ; Ramade (de Targon). — Le Dr Gressy, candidat républicain à Pontivy est mort écrasé par une charrette le jour même du scrutin. L'*Univers*, qui rapporte le fait, dit que ce libre-penseur avait dit dans une réunion qu'il fallait *écraser* la religion et que le ciel l'a puni en le faisant écraser lui-même (*Rép. française*, 8 oct. 1885).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Publications du Progrès médical.

Guinon (G.). — Sur l'anatomie pathologique et la pathogénie du béribéri. Brochure in-8 de 16 pages. — Prix : 50 c. — Pour nos abonnés, 35 c.

Librairie J.-B. BAILLIÈRE, 19, rue Hautefeuille.

Taty (Th.) — Etude clinique sur les aliénés héréditaires. 1 vol. in-8 de 115 pages. — Prix : 2 fr. 50 c.

Librairie MANCEAUX, 12, rue des Trois-Têtes, à Bruxelles.

Laache (S.). Guide pratique de l'analyse des urines. Traduit de l'allemand par Francotte (X.), 1 vol. in-18 carré de 170 pages, avec 23 figures.

Peters (J.-A.). — L'alcool, physiologie, pathologie, médecine légale. 1 vol in-8 de 415 pages.

Moncorvo. — De l'emploi du chlorhydrate de cocaïne dans le traitement de la coqueluche. Brochure in-8 de 11 pages. — Rio-de-Janeiro. — Imprimerie Lombaerts et Cie.

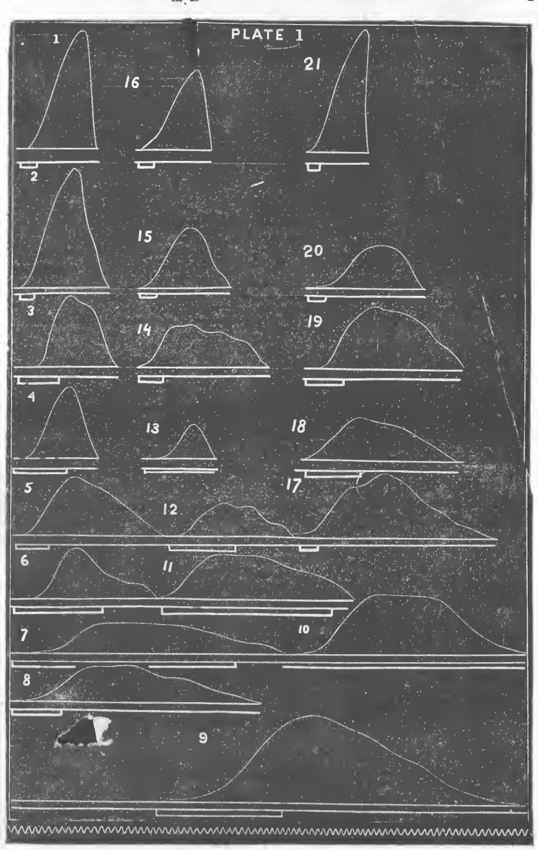


PLANCHE I. — *Myogrammes humains, fournis par l'excitation musculaire directe (réduction d'un tiers). La ligne du diapason donne les 66mes de seconde.* — *Fig.* 1. CACC 47 éléments ; *fig.* 16, ANCC 47 élém. ; *fig.* 21, FC+2 (muscle abducteur de l'index à l'état normal). — *Fig.* 2. CACC 42 élém. ; *fig.* 15, ANCC 47 élém. ; *fig.* 20, FC+2 (muscle abducteur de l'index, dans un cas de perte prolongée du fonctionnement de la main par suite de rhumatisme). — *Fig.* 3. CACC 28 élém. ; *fig.* 14, ANCC, 40 élém. ; *fig.* 19, FC+4 (muscles jambiers antérieurs dans un cas d'atrophie musculaire progressive). — *Fig.* 4. CACC 35 élém. ; *fig.* 13, ANCC 35 élém. ; *fig.* 18, FC+2, 5. (muscle abducteur de l'index dans un cas de guérison partielle d'une myélite des cornes antérieures chez l'adulte). — *Fig.* 5. CACC 30 élém. ; *fig.* 12, ANCC 30 élém. ; *fig.* 17, FC+2 (muscles du mollet, dans un cas de paralysie pseudo-hypertrophique). — *Fig.* 6. CACC 47 élém. ; *fig.* 11, ANCC, 47 élém. (Opposant du pouce dans un cas de section ancienne du nerf médian.) — *Fig.* 7, CACC 47 élém. ; *fig.* 10, ANCC, 47 élém. (Abducteur de l'index dans un cas d'atrophie simple du premier espace interosseux.) — *Fig.* 8. CACC 30 élém. ; *fig.* 9, ANCC, 25 élém. (Abducteur de l'index, dans un cas de myélite chronique des cornes antérieures, qui simulait, par la distribution de l'amoindrissement de volume des muscles, une atrophie musculaire progressive au début.)

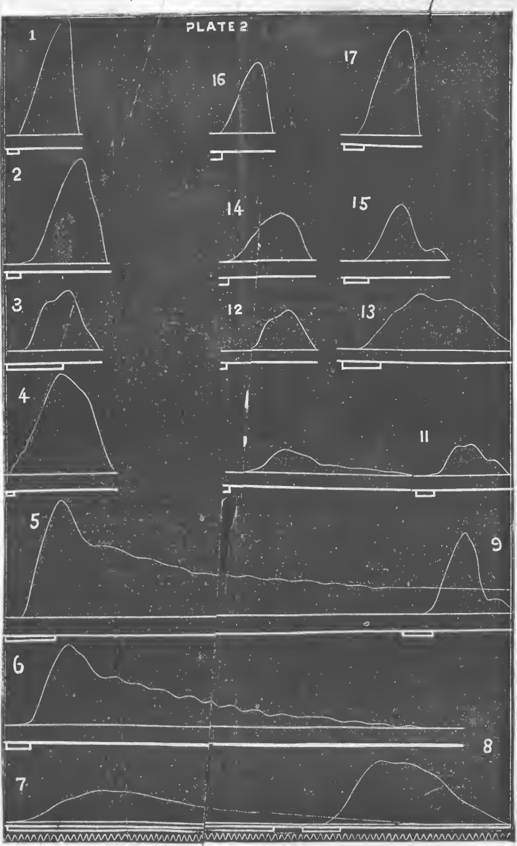


PLANCHE II. — Myogammes humains, tous produits, sauf les deux derniers, par l'excitation des nerfs ; (réduction d'un tiers) ; la ligne du diapason au bas de la planche indique les 66mes de seconde. — *Fig.* 1. Contration de l'abducteur du pouce, à l'état normal, CACC 32 élém. ; 16 — ANOC 40 élém. ; 17 — FC contact. (1). — *Fig.* 2. Cas de non-fonctionnement prolongé de la main (rhumatisme et appareil; abducteur du pouce. 2=CACC 27 élém. ; 14=ANOC 42 élém. ; et 15=FC+2, 5. — *Fig.* 3. Cas d'atrophie musculaire progressive. Myogrammes des muscles jambiers antérieurs. 3=CACC 28 élém. ; 12=ANOC 34 élém. ; 13=FC+4. — *Fig.* 4. Cas de paralysie pseudo-hypertrophique. Myogramme des muscles du mollet. 4=CACC 25 élém. ; 10 = ANOC 25 élém. ; 11 = FC+2. — *Fig.* 5. Hémplégie ancienne avec contracture. Myogrammes de l'abducteur de l'index, 5=CAOC 35 élém. ; 6=ANOC 40 élém. ; 9=FC+5. — *Fig.* 6. Cas d'atrophie du premier espace interosseux à marche pas très progressive. Réaction de dégénérescence. Myogrammes de l'abducteur de l'index. 7= CACC 47 élém. ; 8 = ANCC res. FC. — Ces deux derniers tracés ont été obtenus par l'excitation directe du muscle, la réaction des nerfs étant abolie.

(1) Ici, comme d'ailleurs dans les autres explications des planches, l'indication *contact* signifie que la bobine secondaire de Dubois touche la bobine primitive. L'indication +2 signifie que la bobine secondaire recouvre la bobine primitive de 2 centimètres. Enfin l'indication —2 signifie que la bobine secondaire distante de 2 centimètres de la bobine primitive.

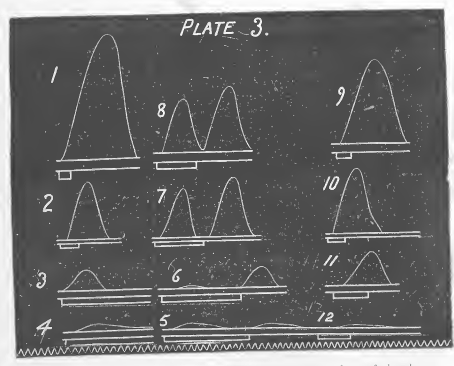
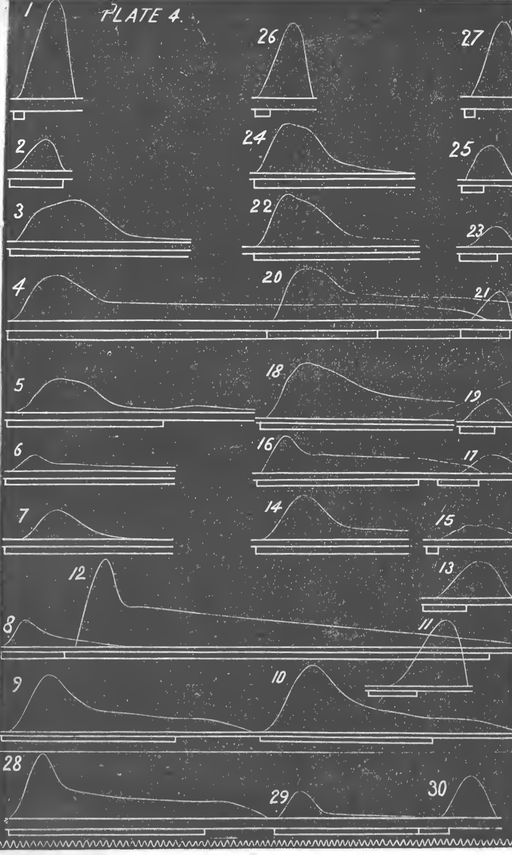
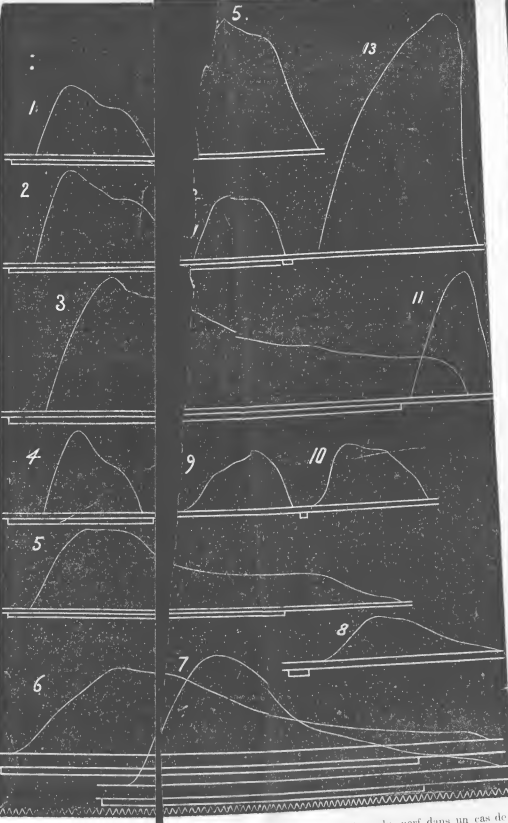


PLANCHE III. — Myogrammes obtenus par l'excitation du nerf chez la grenouille. — *Fig.* 1. CACC normal ; *fig.* 8, ANCC et OC normaux, *fig.* 9. FC normal, avec bobine secondaire à 7 centimètres. — *Fig.* 2. CACC ; *fig.* 7 ANCC et ANOC ; *fig.* 10, FC le 2me jour de la section, avec bobine secondaire à 7 centimètres. — *Fig.* 3. CACC ; *fig.* 6, ANCC et ANOC ; *fig.* 11, FC le 3e jour de la section, avec bobine secondaire à 7 centimètres. — *Fig.* 4. CACC ; *fig.* 5, ANCC et ANOC ; *fig.* 12, FC le 4e jour de la section, avec bobine secondaire à 7 centimètres. — La ligne sur laquelle reposent les courbes est appelée ligne de base ; elle est fournie par l'aiguille du myographe au repos. La ligne droite située au-dessous de celle-ci et parallèlement à elle est fournie par l'aiguille du chronographe au repos, et les déviaions qui lui sont imprimées indiquent la d[illegible] du passage du courant électrique. La ligne onduleuse du bas de la planc[illegible] fournie par un diapason donnant cent vibrations à la seconde.





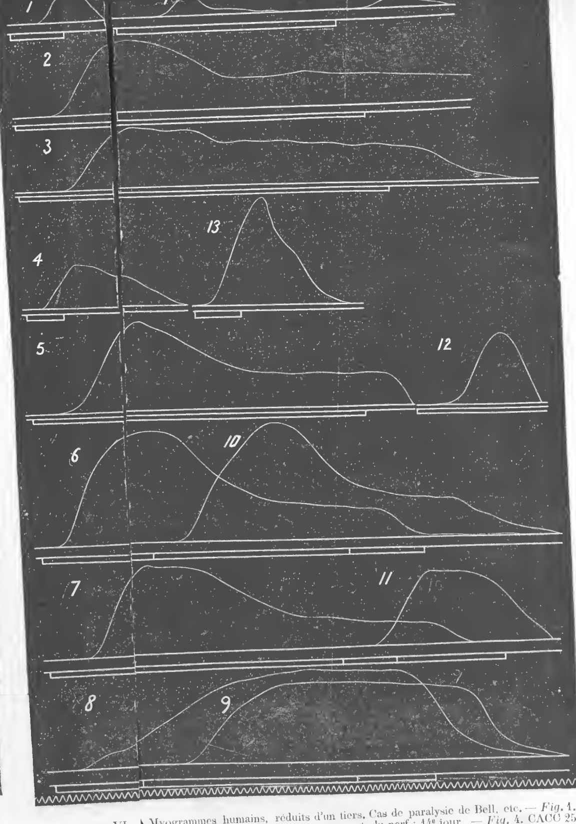


PLANCHE IV. — Myogrammes fournis par la stimulation directe des muscles de la grenouille avant et après la section des nerfs sciatiques. — *Fig.* 1. Etat normal CACC 1 élém. ; *fig.* 26, état normal ANCC 1 élém. ; *fig.* 27, FC avec bobine secondaire à 4 centimètres de distance. — *Fig* 2. 2e jour de la section CACC 1 élém. ; *fig.* 24, ANCC normal 1 élém. ; *fig.* 25, FC avec bobine secondaire à 4 centim. de distance. — *Fig.* 3. 3e jour de la section, CACC 1 élém. ; *fig* 22, ANCC normal 1 élément. ; *fig.* 23, FC avec bobine secondaire à 4 centimètres de distance. — *Fig.* 4. 4e jour de la section, CACC 1 élém. ; *fig.* 20, ANCC normal, 1 élém. ; *fig.* 21, FC avec bobine secondaire à 4 centim. de distance. — *Fig.* 5. 5e jour de la section, CACC 1 élém. ; *fig.* 18, ANCC normal 1 élém. ; *fig.* 19, FC avec bobine secondaire à 4 centim. de distance. — *Fig.* 6. 7e jour de la section, CACC 1 élém. ; *fig.* 16 ANCC normal, 1 élém. ; *fig.* 17, FC avec bobine secondaire à 4 centim. de distance. — *Fig.* 7. 16e jour de la section CACC 5 élém. ; *fig.* 14, ANCC normal 1 élém. ; *fig.* 15, FC avec bobine secondaire au contact. — *Fig.* 8. 20e jour de la section CACC 1 élém. ; *fig.* 12, ANCC normal 1 élém. ; *fig.* 13, FC avec bobine secondaire au contact. — *Fig.* 9. 37e jour de la section CACC 5 élém. ; *fig.* 10, ANCC normal 1 élém. ; *fig.* 11, FC avec bobine secondaire au contact. — *Fig.* 28. 44e jour de la section CACC 5 élém. ; *fig.* 29, ANCC normal 1 élém. ; *fig.* 30, FC avec bobine secondaire au contact. — La ligne du bas de la planche marque les centièmes de seconde.

PLANCHE V. — Myogram[illegible]mes humains pathologiques. Réactions du nerf dans un cas de paraplégie spécifique, etc. — F[illegible]ig. 1. CACC 20 élém. ; *fig.* 14, CAOC 20 élém. — *Fig.* 2. ANCC 15 élém. ; *fig.* 12. FC ; *fig.* 13[illegible] ANOC 15 élém. même cas. — *Fig.* 3. CACC 10 élém. ; *fig.* 11, CAOC 11 élém. ; même cas ; tr[illegible]acé fourni par l'excitation du muscle. — *Fig.* 4. ANCC 21 élém. ; *fig.* 9, CAOC 30 élém. ; *fig.* [illegible]0, FC même cas ; tracé fourni par l'excitation du muscle. — *Fig.* 5. ANCC 35 élém. ; et [illegible]g. 8, CACC 47 élém. dans un cas de lèpre anesthésique. Tracé fourni par l'excitation du musc[illegible]e Toutes les courbes ci-dessus sont réduites d'un tiers. — *Fig.* 6. CACC 47 élém. ; *fig.* 7, ANC[illegible] 47 élém. dans un cas d'atrophie fonctionnelle de la main ; tracé fourni par l'excitation direct[illegible]du muscle abducteur de l'index. *Nota.* Pour toutes les courbes, sauf 6 et 7, la ligne du diapa[illegible]n donne les 66es de seconde ; pour les courbes 6 et 7, elle donne les 100es de seconde.

PLANCHE VI. — Myogrammes humains, réduits d'un tiers. Cas de paralysie de Bell, etc. — *Fig.* 1. CACC 32 élém. ; et *fig.* 14, ANCC et ANOC 32 élém. courant du nerf ; 14e jour. — *Fig.* 4. CACC 25 élém. ; et *fig.* 13, ANCC 25 élém. ; courant du muscle ; 14e jour. ANCC > CACC. — *Fig.* 2. CACC 40 élém. ; et *fig.* 3, ANCC 35 élém. ; courant du nerf 31e jour. — *Fig.* 5. CACC 20 élém. ; et *fig.* 12, ANCC 12 élém. ; courant du muscle, 31e jour. (ANCC 12 élém. beaucoup > CACC 20 élém.) — *Fig.* 6. Courbe fournie par les extenseurs de la main dans un cas de paralysie produite par un coup ayant porté sur le nerf musculo-spiral 26 jours auparavant. Pas de réaction du nerf, CACC 17 élém. ; *fig.* 10, ANCC 40 élém ; CACC > ANCC ; pronostic favorable. — *Fig.* 7. Autre paralysie du nerf musculo-spiral, consécutive à un coup de pied de cheval. Pas de réaction du nerf, 60e jour, CACC 40 élém. ; *fig.* 11. ANCC 40 élém. ; CACC > ANCC. — *Fig.* 8. CACC 47 élém. et *fig.* 9, ANCC 40 élém. dans un cas de lésion du nerf cubital, survenue pendant la réduction d'une luxation de l'humérus par le procédé du talon dans l'aisselle. Tracés fournis par l'excitation directe du muscle abducteur de l'index au 60e jour de la lésion.

Le Progrès Médical

CLINIQUE INFANTILE

HÔPITAL DES ENFANTS. — **M. J. SIMON.**

De la diarrhée chez les enfants (1);

Leçon recueillie par M. CARRON, interne du service.

Messieurs,

Laissez-moi vous esquisser à grands traits un bel exemple d'une de ces *diarrhées critiques*. Je fus appelé un jour, vers deux heures de l'après-midi, en toute hâte auprès d'un jeune garçon, qui venait d'être subitement atteint de vomissement et de diarrhée profuse. La diminution rapide du sérum du sang, l'afflux du liquide nourricier vers le tube digestif avait provoqué une telle surprise dans l'axe cérébro-spinal, que des convulsions très courtes s'ajoutèrent à ce tableau passablement effrayant. Je n'avais pas suivi l'enfant, j'ignorais son état antérieur. J'appris des parents qu'il était malade, depuis six à sept jours, d'une pneumonie à forme typhique. A mon arrivée, les accidents nerveux avaient disparu, la diarrhée et les vomissements, quoique moins fréquents et moins abondants, persistaient encore; mais ce qui causait le plus d'effroi, c'était la pâleur des traits, l'excavation de l'orbite et la faiblesse excessive du jeune malade, dont les membres et les joues étaient absolument froids. — La famille était en proie aux plus vives alarmes; elle croyait à une fin prochaine imminente. Pourtant, il me fut donné de constater, séance tenante, le relèvement du pouls, le retour de la coloration et de la chaleur des joues, après la prise de quelques gorgées de malaga. J'exprimai à la mère mon espoir en une prompte convalescence, qui, en effet, se confirma peu de temps après. Vous dire que les parents, avant l'arrivée du médecin ordinaire, eurent immédiatement une entière confiance en mes paroles rassurantes, ce serait, je crois, en contradiction avec la saine appréciation du moment. Là n'est pas l'intérêt de cette observation; il réside dans ce fait important, qui parfois prend des proportions dramatiques, qu'une diarrhée subite, très abondante, sans lésion, due à la brusque cessation d'un mal aigu, peut être le point de départ d'un tableau symptomatique des plus étonnants.

Je ne confonds pas cette diarrhée, dite critique, avec les entérites concomittantes des fièvres ou des exanthèmes. Il s'agit, dans le cas précédent, d'une diarrhée catarrhale due à la paralysie vaso-motrice, et dans l'autre cas, d'une véritable inflammation gastro-intestinale.

A ce propos, je suis amené à vous assurer que les *brûlures*, étendues à de larges surfaces, en provoquant de vives douleurs et la suppression des fonctions cutanées, déterminent souvent des paralysies réflexes vasomotrices et, par suite, de la diarrhée catarrhale. Cette sorte de loi de relation intime qui existe entre la muqueuse intestinale et la surface cutanée éclate encore manifestement dans le cours des *eczémas* généralisés, dans celui des diverses *éruptions érythémateuses*, auxquelles les jeunes enfants sont très sujets. Pourtant, n'attribuez pas la diarrhée, chez les enfants, à la seule influence des dermatoses. L'interprétation des phénomènes diarrhéiques exige plus de discernement. Ce qui induit ici l'observateur en erreur, c'est la disparition subite de l'eczéma après l'apparition du flux intestinal. Il semble que la répercussion soit manifeste et que le principe morbifique se soit transporté d'un seul coup sur le tube digestif. L'étude attentive de la filière des accidents apprend, au contraire, que les causes banales de la diarrhée (ingesta, sevrage, refroidissement) président encore à son développement, et que loin d'être ici un transfert, elle fait un appel des fluxions muqueuse et ganglionnaire au même titre que la broncho-pneumonie et la pneumonie survenues chez un eczémateux, deviennent comme un centre d'attraction sanguine. L'exanthème s'éteint momentanément faute d'aliments, mais une fois la diarrhée ou la bronchite disparues, l'équilibre se rétablit et l'éruption cutanée s'épanouit de plus belle.

Cette théorie ne saurait s'appliquer à toutes les diarrhées simples, catarrhales que vous observerez pendant une dermatose intense. L'impression violente des alternatives de chaleur et de froid peut faire naître des poussées énergiques vers la peau, suivies d'une contraction des capillaires sanguins et d'une suppression instantanée de la sécrétion cutanée. L'accès de douleur qui en résulte d'une part, la tension vasculaire dans les vaisseaux d'approche de l'autre, arrête les congestions externes et fait refluer le courant sanguin vers les organes splanchniques (cavités abdominales, ainsi que les cavités crânienne ou thoracique).

Dans ce cas, la relation de cause à effet ne saurait être mise en doute, et elle n'est pas plus étonnante que la suppression accidentelle d'une transpiration habituelle.

Il faut donc placer cette étiologie de la diarrhée par répercussion à côté de celle qui peut survenir pendant le traitement des gourmes par l'enveloppement hermétique, sujet qui vous est familier et que nous avons souvent soumis devant vous à l'examen de la plus sévère critique. Les exemples de notre consultation et de l'hôpital ne nous ont pas fait défaut; ceux de la ville viennent les corroborer. Que se passe-t-il, en effet, quand on enveloppe complètement une large région d'exanthème à l'aide d'un tissu imperméable? Mettez-vous le malade dans les conditions précitées? Supprimez-vous l'afflux de sang et de sécrétion morbide? Pas le moins du monde, — vous faites juste le contraire. Il s'établit une sorte de bain de vapeur locale qui débarrasse la peau et ses glandes des sels et des agents irritants qui entretiennent la maladie cutanée. C'est une sorte d'émonctoire d'où s'exhalent rapidement les produits d'une alimentation imparfaite. L'isolement évite l'action excitante et décomposante de l'atmosphère; si bien que la peau en bénéficie et se reconstitue en même temps, sans compter que certaines toiles encore imprégnées de

(1) Voir le n° 41.

principes sulfureux peuvent contribuer à hâter cette guérison (1).

Telle est la situation véritable de l'économie en présence de cette excellente méthode de traitement des gourmes. Eh bien, que sous l'influence de la saison ou des ingesta il se déclare une diarrhée grave, la fluxion intestinale, si elle est intense, tarira la source de la sécrétion cutanée et tout le monde se hâtera de conclure que l'origine des accidents appartient au traitement et non aux circonstances survenues, à savoir aux imprudences commises ou à la constitution médicale régnante. On trouve si naturel de se retourner contre le médecin que pas un membre de la famille ne résistera à ce penchant ; d'autant plus que la coupable, la mère ou la nourrice, chercheront à faire une prompte diversion.

Je viens de vous démontrer que le traitement par l'emmaillottement à l'aide de tissus imperméables n'est pas en cause, qu'il s'agit ordinairement d'une diarrhée, d'une étiologie vulgaire, rendue plus facile par l'état de santé habituelle de l'enfant. Je ne manque jamais (soit dit en passant) de prévenir les parents, de leur faire connaître mes opinions à cet égard, dès que je commence à conseiller ce traitement spécial.

En toutes choses, et en médecine surtout, il ne faut pas tomber dans les extrêmes et ne tenir compte de ce qui paraît favorable à notre propre intention et jamais des faits qui la contrarient.—Si, par exemple, l'enveloppement imperméable couvrant une grande surface, le pansement, au lieu d'être pratiqué le plus promptement possible matin et soir, laisse pendant un laps de temps considérable les parties suintantes découvertes, ou vient à être supprimé, non pas graduellement, petit à petit, centimètre par centimètre, comme je le recommande toujours, mais brusquement, sans plus de forme de procès, il est clair que la réaction partant de la surface cutanée et provoquée par la douleur, et la contraction capillaire, a beau jeu pour atteindre par contre-coup la muqueuse intestinale et les autres organes splanchniques.

Ces faits sont élémentaires et n'exigent pas une plus longue dissertation.

Tel est le bilan des principales diarrhées, *sine materiâ*, lientériques, catarrhales, chez les enfants, envisagées à leur point de vue étiologique.

Quant à la seconde classe des diarrhées, elle fait partie intégrante de la maladie qui lui donne naissance. Elle comprend, en effet, *les diarrhées symptomatiques* : A, des altérations du tube digestif ; B, des organes ambiants ; C, d'un état général fébrile ou non (fièvres, typhoïde, éruptive, — scrofule, rachitisme, états cachectiques).

A. Je ne veux pas insister sur les conditions étiologiques des diarrhées *par entérite aiguë ou chronique*, simple, folliculeuse, ou dite pseudo-membraneuse, ou dysentérique qui est fort rare chez les enfants. C'est là un fait très clair. La diarrhée est produite dans ces diverses entérites par la sécrétion morbide de la muqueuse, unie à celle des glandes intestinales, et de ses annexes du foie plus particulièrement. Tout l'intérêt réside dans les moyens de les différencier et de les combattre.

(1) Chez les petits enfants exceptés. J'ai vu un bébé éprouver des symptômes d'empoisonnement par l'emploi d'une toile caoutchoutée contenant du sulfure de carbonne, il faudrait au moins avoir soin de les bien lessiver avant de les appliquer.

Pour le moment je me borne à ces simples indications qui peuvent nous servir de guide nécessaire à cette classification. Nous y reviendrons à propos du diagnostic.

Je ne m'étendrai pas davantage dans le tableau d'ensemble que je m'efforce de vous esquisser sur la *diarrhée cholériforme* ou *choléra infantile*, ou la *diarrhée* dite *cérébrale*. Ce sont là des formes particulières de l'entérite, qui naissent comme elle sous l'influence des mêmes causes.

Les conditions qui favorisent l'apparition du choléra infantile, c'est le très jeune âge, la saison chaude, l'altération du lait, le sevrage prématuré.

Celles qui paraissent présider au développement de la diarrhée à forme cérébrale n'ont rien de spécial. L'état méningitique (cris, insomnie, douleurs de tête). L'état convulsif (attaque éclamptique) ou comateux (résolution générale et stertor) sont explicables par une action réflexe sur les vaisseaux de l'encéphale et des méninges. De là des congestions, des hydrencéphalies, et la compression de la masse encéphalique.

Dans le *choléra asiatique* on constate un mode de propagation ou une épidémie comme point de départ de cette maladie diarrhéique dont on croit aujourd'hui tenir le bacille contagieux (1).

Il entre dans la séméiotique de la diarrhée de ne pas omettre *le flux de sang*, et les hémorrhagies qui accompagnent si facilement les selles des enfants soit constipés à l'excès, soit atteints de diarrhée. Cette coloration des selles par une plus ou moins grande quantité de sang, fait donner improprement le nom de dysentériques à des diarrhées simples colorées seulement par le mélange du sang Ne commettez point cette faute. La *vraie dysentérie* est très rare chez les enfants. Anatomiquement, elle est caractérisée par une inflammation du rectum, de l'S iliaque, et souvent aussi de tout le gros intestin. Cette inflammation devient ulcérative vers les régions les plus atteintes. Il en résulte un état pathologique long à guérir. Dans la *diarrhée dysentériforme* il n'y a rien de semblable. Le sang a été surajouté à la diarrhée soit lientérique, soit catarrhale, soit symptomatique des entérites ordinaires sans être mélangé intimement aux matières, ce qui implique l'idée non d'une inflammation ulcérative comme la dysentérie, mais celle d'une rupture de petits vaisseaux de la muqueuse rectale.

B. Annexes du tube digestif. — *Glandes, foie, pancréas, rate, péritoine, mésentère, ganglions lymphatiques, perforation du tube digestif par des abcès.*

L'absence d'émission biliaire ou la polycholie en troublant l'émulsion des graisses, produit la diarrhée fonctionnelle que nous avons étudiée dans le chapitre anté-

(1) Au moment où je corrige les épreuves de cette leçon, j'apprends que MM. *Chantemesse*, aujourd'hui mon collègue aux hôpitaux, et *Rummo*, médecin italien, ont pu examiner deux liquides du Dr Ferran, dont l'injection n'a nullement préservé de la mort des cobayes soumis à l'introduction dans l'estomac de cultures pures de bacilles virgules. Les animaux vaccinés mouraient en cinq ou vingt-quatre heures, comme ceux qui, servant de témoins, n'étaient pas vaccinés. Donc, expérimentalement, le liquide Ferran ne préserve point du choléra, et ne donne même lieu à aucun accident analogue.

Au contraire, l'injection dans l'estomac (pourvu toutefois qu'il ait subi l'action de la soude et de l'opium) détermine des accidents cholériformes rapidement mortels.

rieur. Les altérations organiques du foie arrivent au même résultat, mais par un mécanisme plus complexe. Ce n'est pas seulement la quantité ou la qualité de la bile qni sont modifiées, c'est encore la stase circulatoire des veines hépatiques et de la veine porte surtout qui vient congestionner la muqueuse gastro-intestinale et par suite exagérer la production du mucus et de la sérosité.

Nons avons actuellement dans nos salles une enfant de 10 ans environ, atteinte de dégénérescence amyloïde du foie, survenue comme c'est la règle, dans le cours d'une ostéo-périostite suppurée. Elle est sujette à des troubles dyspeptiques, à des diarrhées fréquentes. La suppression graduelle des fonctions du foie l'ont conduite à une anémie profonde. Sous l'empire de ces états pathologiques, anémie, dénutrition, auxquels s'ajoutent des troubles circulatoires de la veine porte, la diarrhée devient un symptôme presque obligé.

Le même fait se produit dans les congestions chroniques du foie, à la dernière période des affections cardiaques. Rarement, il est vrai, vous serez à même d'observer l'asystolie chez les enfants. Comptez le nombre des cardiaques qui passent sous nos yeux à la consultation, énumérez tous ceux qui sont admis dans nos salles et voyez combien le chiffre des enfants frappés de la cachexie cardiaque et des conséquences extrêmes qui en résultent, se trouve restreint, relativement aux cas indiscutables d'endo-péricardites soumis à notre observation. Les enfants supportent admirablement les lésions cardiaques ; ils ne se plaignent guère de phénomènes fonctionnels ; on découvre par hasard les signes physiques, d'ailleurs très sensibles à la main et à l'oreille, en raison de la minceur des parois thoraciques. Les surcharges, les tensions vasculaires ne donnent pas lieu chez eux à des stases sanguines analogues à celles des adultes. Les fibres musculaires du cœur sont moins souvent frappées de dégénérescence graisseuse et les capillaires, plus souples, jouissent de propriétés contractiles plus indépendantes. Cependant, l'asystolie s'observe de temps en temps chez les enfants, et partant, la diarrhée dépendant d'une congestion chronique du foie d'origine cardiaque.

Dans les formes asphyxiques et congestives des coqueluches graves, on voit naître les mêmes espèces de diarrhées hépatiques et circulatoires. A la stase sanguine, aux troubles de sécrétion biliaire, se mêlent l'indigestion des crachats, l'anoxhémie, la congestion des centres nerveux, parfois l'anurie qui rendent encore la pathogénie plus complexe.

Les autres affections organiques du foie, capables de produire la diarrhée, sont plus rares encore. Je n'ai, pour ma part, jamais observé de cirrhose du foie chez les enfants. Les accidents diarrhéiques ne présenteraient point de particularité propre aux enfants.

Dans les pays où règne l'empoisonnement palustre, la congestion chronique du foie et de la rate prend chez les enfants des proportions énormes. On leur trouve la cavité abdominale remplie par l'hypertrophie de ces deux organes.

L'aglobulie et les troubles circulatoires de la veine porte produisent alors des diarrhées chroniques dont je me suis spécialement occupé chez les adultes. Elles guérissent par le changement de climat et surtout par l'emploi judicieux du sulfate de quinine et des autres préparations de quinquina. La clinique infantile m'en a fourni quelques exemples très remarquables. J'ai vu, entre autres, des enfants arriver des Antilles, ou du littoral de certaines contrées maréeageuses, tourmentés par des diarrhées que les préparations de quinquina seules pouvaient combattre avec succès.

Le pancréas, contigu au duodénum, se trouve parfois le point de départ de diarrhées graisseuses. Sous l'influence d'une irritation modérée du duodénum, les orifices du canal cholédoque et pancréatique s'épaississent, s'obturent et les matières grasses cessent d'être rendues assimilables par une émulsion fonctionnelle et elles purgent par indigestion.

Il est bien d'autres conditions pathologiques dépendant de l'altération des organes voisins qui amèneront ou la diminution ou l'augmentation du suc pancréatique. Quant à la diarrhée par tuberculose abdominale, portant, soit sur le péritoine, soit sur les ganglions, soit, ce qui est le plus fréquent, sur les deux organes à la fois, c'est une séméiotique de connaissance vulgaire. La diarrhée ici, qui alterne volontiers avec la constipation, reconnaît des causes multiples : l'irritation de la région, la compression des veines abdominales par la tuberculose péritonéale et mésentérique, et enfin la tuberculose de l'intestin lui-même chez un enfant anémique affaibli.

Plus rarement nous assistons à l'issue des *abcès aigus ou chroniques* à travers les parois intestinales (cœcum, rectum). Dans nos salles, cependant, un abcès aigu cœcal a guéri par ce procédé et chez un autre enfant un abcès froid du bassin a longtemps entretenu une diarrhée purulente

On a vu également des kystes hydatiques suivre la même voie.

J'arrive à l'étiologie des diarrhées par les maladies générales.

Les *fièvres éruptives*, *rougeole*, *variole*, *scarlatine*, *érysipèle*, sont fréquemment accompagnées de diarrhées chez les enfants. La rougeole surtout contracte cette affection comme un fait usuel qui prend le rang, pour ainsi dire, d'un symptôme secondaire. Il existe du reste à l'égard des fièvres éruptives, deux espèces principales de diarrhées : la diarrhée due à une entérite peu importante, sorte d'épiphénomène qui ne compromet point la résistance des forces et qui fait son apparition au cours de l'éruption ; et la diarrhée par paralysie des capillaires qu'on observe dans les formes graves, dès le début, ou à la fin des fièvres éruptives, qui le sont devenues par suites de circonstances accidentelles.

La première diarrhée, celle de l'entérite, facile à modérer et à combattre, ne doit point vous préoccuper. La seconde, vous le comprenez, prend le caractère d'une des plus dangereuses complications en même temps qu'elle est l'expression symptomatique du degré de faiblesse et d'empoisonnement général.

Dans la *diphtérie*, il n'est pas rare malheureusement de voir surgir cette terrible complication. L'altération du sang, très diffluent, la paralysie des capillaires, la suppression des fonctions de digestion et d'absorption rendent cette diarrhée d'autant plus redoutable que la médication principale, reposant sur l'assimilation de substances essentiellement toniques et réparatrices, ne saurait alors produire des résultats efficaces. Inutile d'arrêter votre attention sur la diarrhée de la *fièvre typhoïde* dont l'étiologie rentre dans la catégorie des entérites folliculeuse et glandulaire. Je dois cependant vous avertir que les enfants présentent sur ce point deux modalités. Souvent la diarrhée typhoïde apparait à une

époque assez éloignée du début et sous une forme très discrète. Parfois cependant, elle se manifeste d'assez bonne heure, et surtout elle prend par sa fréquence, sa fluidité, des allures inquiétantes ; elle épuise par la perte de sérosité, de sels et de graisses, les enfants déjà fort affaiblis.

Dans le premier cas, la diarrhée est tardive et modérée, elle s'explique par le peu d'altération des plaques de Peyer chez les enfants, et dans le second, il faut y voir, avec les mêmes lésions un peu plus étendues et une maladie plus grave, une prédisposition infantile, un état d'indigestion permanent, une faiblesse générale et locale, et une entérite surajoutée à la première, favorisée qu'elle est par l'abus d'aliments non fluides, non dissous, à une époque où le petit malade ne doit pas être soumis sans péril à de semblables imprudences.

La *diarrhée putride*, infecte, due à des altérations des sucs gastro-intestinaux, et à celles des glandes hépato-pancréatiques, à l'émission par la muqueuse gastro-intestinale de produits organiques absorbés ou formés dans l'économie, se manifeste, en dehors de certaines entérites et de la fièvre typhoïde, dans la *gangrène de la vulve; de la bouche* dans tous les états infectieux toxiques, dans la *forme urémique de l'albuminurie*. C'est là un fait vulgaire et qui ne doit pas nous échapper.

Il me reste à vous dire un mot de deux espèces de diarrhées dont je vous ai déjà parlé, soit à propos du foie, soit dans mes conférences sur le sulfate de quinine et le mercure : la diarrhée liée à l'*empoisonnement palustre* et la *diarrhée syphilitique*. Au risque de faire longueur par des répétitions, en apparence superflues, je me plais à vous les signaler de nouveau. Elles sont toutes deux si spéciales, qu'il est toujours utile d'y insister.

A l'état aigu, la diarrhée de l'empoisonnement palustre n'est pas due communément à une entérite : c'est une simple fluxion et une perturbation des fonctions digestives. Elle ne remplace pas les sueurs des fièvres intermittentes, elle les accompagne, et aurait plutôt de la tendance, par l'affaiblissement qu'elle amène, à augmenter la durée et l'abondance. Cette diarrhée palustre se produit par des accès de paralysie capillaire et par des troubles fonctionnels du tube digestif. A l'état chronique, le flux diarrhéique dépend de l'aglobulie, de la congestion hépatique, de la dégénérescence amyloïde du foie, de la rate, des follicules isolés et de la stase sanguine de tout le système de la veine porte. Tous ces éléments morbides réunis en font un accident tenace et des plus redoutables.

La diarrhée n'est point rare chez le nouveau-né *syphilitique*. Elle se déclare dès le début de la maladie et paraît sous la dépendance d'une congestion précoce du foie, accompagnée de forte émission de bile. L'indigestion qui en résulte provoque une diarrhée lientérique, chargée de bile, qui n'a rien de comparable avec celle de l'inflammation de la muqueuse intestinale. — Le traitement par le sublimé employé à l'intérieur, loin de l'exaspérer, la modère et l'arrête comme agent spécifique, modificateur de l'affection spécifique du foie. Ce qui serait le contraire dans le cas d'entérite. Non pas que cette dernière affection ne puisse être observée chez les enfants syphilitiques soumis comme les autres aux écarts de régime, mais alors elle revêt les caractères de la diarrhée des entérites.

Enfin, au milieu des manifestations de la *diathèse herpétique, rhumatismale*, sous l'influence de l'anémie profonde de la *scrofule*, du *rachitisme*, de la *leucocythémie*, la diarrhée est commune et se rattache aux conditions étiologiques des diarrhées fonctionnelles qui conduisent souvent aux entérites plus ou moins tenaces. C'est tantôt une sorte de balancement fluxionnaire entre la peau, les articulations et le tube digestif (herpétisme et rhumatisme), tantôt un état atonique des voies digestives, et un surmenage de l'estomac par l'ingestion de substances trop grossières (rachitisme, scrofule), aidés par des troubles circulatoires de la veine porte et des altérations glandulaires (scrofule, leucocythémie).

Je termine cette trop longue liste des causes de la diarrhée chez les enfants, en vous signalant l'influence de l'*hérédité* que j'ai pu suivre dès le berceau, et pendant plusieurs années, et celle que la *menstruation* naissante, chez les jeunes filles, exerce sur l'état des voies digestives au point de produire des accidents diarrhéiques, qui à leur tour semblent remplacer à certaines époques le flux mensuel qu'on attendait.

Se basant sur l'ordre d'évolution des symptômes, on a divisé encore, chez les enfants comme chez les adultes, toutes ces diarrhées dont je viens de parler, en diarrhées *primitives* et diarrhées *secondaires*. L'une constituant tout le tableau pathologique, l'autre y prenant une part plus ou moins sérieuse, mais pouvant devenir un élément de pronostic grave. (*A suivre.*)

CLINIQUE CHIRURGICALE

Anthrax malin.

Par le Dr A. BOIS, chirurgien en chef à l'hôpital d'Aurillac.

M. B..., 65 ans, est un homme robuste, de tempérament sanguin, vivant dans de bonnes conditions hygiéniques, mais ayant éprouvé dans les derniers temps des chagrins prolongés. Il portait depuis longtemps à la partie inférieure de la région de la nuque un kyste sous-cutané du volume d'un œuf de poule. A la suite des fatigues d'un long voyage, une partie de la peau qui recouvrait ce kyste devint rouge et un peu sensible. Cette circonstance décida M. B... à se laisser débarrasser de son kyste qui menaçait de s'enflammer et de suppurer. Le 7 octobre 1884, une incision de plusieurs centimètres de longueur, permit d'en vider le contenu sébacé, grisâtre, demi-liquide grumeleux et exhalant une odeur fétide. L'intérieur de la poche fut soigneusement nettoyé, puis longuement cautérisé avec un crayon de nitrate d'argent, et enfin rempli de boulettes de charpie. Peu à peu, la suppuration s'établit, l'intérieur de la poche fut encore, à plusieurs reprises, mais à d'assez longs intervalles, cautérisé avec le crayon de nitrate d'argent dont des fragments de plusieurs centimètres de long étaient abandonnés dans la cavité, afin de provoquer plus sûrement l'exfoliation et l'adhésion des parois de la membrane sécrétante. Vers le milieu de novembre il ne restait presque rien de la cavité du kyste, lorsque apparut le 17 novembre une petite tumeur dure et douloureuse, siégeant à la nuque, à quelques centimètres au-dessus de la région précédemment occupée par le kyste. Cette tumeur se développa graduellement et lentement les jours suivants, en progressant vers le cuir chevelu, et respectant la région du kyste. Il devint bien vite évident qu'il s'agissait d'un anthrax à allures d'abord bénignes, à développement lent, dont la suppuration spontanée s'établissait du 22 au 24. Cette affection s'étendit peu dans les derniers jours de novembre; et comme le centre suppurait abondamment sous l'influence des cataplasmes, qu'il n'y avait que peu de douleurs, je pus croire pendant ces quelques jours que toute intervention active deviendrait inutile. Cette manière de

voir et d'agir me paraissait justifiée par les opinions émises dans une discussion qui eut lieu en 1881 à la Société de chirurgie, sur le traitement de l'anthrax. Le plus grand nombre des voix les plus autorisées fut en faveur de l'abstention dans les anthrax peu douloureux, nettement limités, à marche bénigne, à suppuration facile, surtout à la nuque. M. le professeur Verneuil, entre autres, alla jusqu'à dire que quatre anthrax sur cinq doivent être abandonnés à eux-mêmes.

Vers les premiers jours de décembre, l'anthrax de M. B..., commença à gagner le côté gauche du cou, en même temps qu'il montait vers le cuir chevelu, et les régions nouvellement envahies commençaient à prendre une dureté ligneuse. L'examen des urines ne révéla aucune trace de sucre. Le 5 décembre, je constatais au centre de la tumeur une zone de la grandeur d'une pièce de cinq francs, qui devenait mollasse et saignait abondamment par mille fins pertuis. C'était le prélude d'un sphacèle grave, comme j'avais pu le voir quelques années auparavant dans un cas analogue rapidement terminé par la mort, malgré des incisions au bistouri répétées et profondes. Dans ce cas, le malade perdit une grande quantité de sang, soit spontanément par suite de cet état spongieux des tissus malades qui précédait le sphacèle, soit par les incisions faites avec le bistouri, lesquelles d'ailleurs n'eurent aucune action favorable sur l'évolution de l'anthrax.

En présence de cette nouvelle marche de l'anthrax chez M. B..., la nécessité d'une intervention chirurgicale s'imposait; et il fut résolu qu'elle aurait lieu par le thermo-cautère, suivant la méthode préconisée par M. le professeur Verneuil, méthode qui met à l'abri des hémorrhagies, et exerce sur le développement de la maladie une influence modificatrice bien autrement puissante que les incisions faites avec le bistouri.

Le 6 décembre, avec le concours de MM. les docteurs Monraisse et Girou, le malade fut endormi par le chloroforme, et douze incisions profondes, divergeant en forme d'éventail de bas en haut, furent pratiquées avec l'instrument maintenu au rouge sombre. L'opération dura près d'une demi-heure. Les limites du mal avaient été *atteintes* mais non *dépassées* par les incisions; aussi l'anthrax continua-t-il sa marche rapidement envahissante, et le 8 décembre une nouvelle intervention chirurgicale était devenue indispensable. Le malade fut de nouveau endormi par le chloroforme, et les incisions par le thermo-cautère furent prolongées d'un ou deux centimètres au delà des limites du mal, et de nouvelles furent pratiquées dans l'intervalle des premières, mais seulement vers la périphérie de l'éventail. Cette fois, la marche envahissante de l'anthrax était définitivemeot enrayée; et les jours suivants se détachaient, avec une suppuration abondante, des lambeaux sphacélés qui laissaient à découvert une plaie vermeille et bourgeonnante. Depuis plusieurs jours déjà les pansements étaient faits avec une solution de sulfo-carbol à 5 0/0. Dès le lendemain de cette deuxième opération, notre attention fut appelée sur un nouveau foyer de suppuration qui se développait rapidement au milieu de la région dorsale, et dont l'atmosphère d'induration atteignait déjà cinq à six centimètres de diamètre. Le résultat obtenu par les premières cautérisations nous faisait un devoir d'essayer de lutter encore contre cette nouvelle manifestation d'une infection générale malheureusement trop évidente. Une troisième fois le malade fut soumis à l'anesthésie chloroformique, et huit ou dix rayons profonds furent tracés avec le thermo-cautère, dans une longueur de huit à dix centimètres chacun. Ici, l'effet fut instantané; ce deuxième foyer ne se développa plus; et la plaie qui succéda à l'opération, prit les jours suivants le meilleur aspect. Mais l'infection de l'économie n'était pas enrayée; et le soir du 10 décembre, se manifestait un engorgement dur et douloureux au-dessous du muscle deltoïde droit, sans changement de couleur à la peau. La lutte par le thermo-cautère ne paraissait plus possible; et nous dûmes nous borner à prescrire un régime tonique, de l'alcool et du quinquina, tout en observant anxieusement le développement de ce phlegmon profond de mauvaise nature. Il s'étendit en gagnant la face interne du bras dans son tiers supérieur. Les jours suivants, le mouvement fébrile s'accentua un peu plus, et le 15 décembre une fluctuation profonde était perçue au niveau du deltoïde droit. Une incision pratiquée à ce niveau avec le bistouri, donna issue à du sang mélangé à quelques filets de pus. Nous étions en présence d'un phlegmon diffus et non d'un foyer bien limité. Néanmoins la suppuration ne tarda pas à s'établir abondante par l'incision pratiquée, et il y eut une détente momentanée dans l'état général, en même temps que le phlegmon s'affaissait rapidement. Mais le 17, nous trouvions notre malade avec la langue sèche, ayant déliré toute la nuit. Sauf quelques rémissions passagères, l'état général ne fit que s'aggraver les jours suivants, et la mort arrivait le 21 décembre.

Réflexions. — Cette observation nous suggère quelques réflexions au sujet du traitement de l'anthrax. Il en ressort deux faits évidents :

1° Le thermo-cautère a une puissance incontestable pour enrayer la marche des anthrax, même malins, *à la condition d'en dépasser les limites.*

2° Un anthrax peut conserver pendant quelques jours des allures bénignes, une marche insidieuse qui laisse dans une fausse sécurité; puis revêtir tout à coup les caractères graves d'une maladie au-dessus des ressources de l'art par la septicémie qu'elle engendre.

En présence de ces deux faits, est-il prudent d'abandonner à eux-mêmes la majeure partie des anthrax? Ne devrait-on pas le plus souvent intervenir dès le début avec le thermo-cautère, au risque de le faire quelque fois inutilement? Je me borne à poser la question, sans prétendre la résoudre.

Ici doit trouver place un incident que j'ai été à même d'observer dans le cours de ce traitement. Le 16 décembre une femme vint me consulter, femme qui lavait le linge sali par la suppuration des plaies de M. B... Elle présentait à la main droite des phénomènes pathologiques récents qu'elle attribuait à une contagion (il serait plus exact de dire: à une inoculation). On voyait en effet une pustule à la face dorsale de la main, une suppuration sous-épidermique à la face palmaire du pouce, et une vive démangeaison avec rougeur à l'éminence thénar. Je me bornai à conseiller le repos, l'application de compresses trempées dans une solution d'acide borique à 3 0/0 et des cataplasmes. Ce traitement suffit à faire disparaître les accidents en peu de jours.

Ne serait-il pas prudent de faire tremper dans un liquide désinfectant tous les linges salis par des suppurations analogues? Une solution de sulfo-carbol à 5 0/0 avait été constamment employée pour le pansement des foyers de suppuration et des plaies consécutives.

L'opération du kyste et la suppuration prolongée de la poche ont vraisemblablement une part comme causes de la production de l'anthrax primitif; mais il est difficile de saisir la filiation exacte de ces deux phases de la maladie, l'infection d'où dérive l'anthrax paraissant être d'une nature toute particulière. On devra toujours essayer de la prévenir par l'emploi des pansements antiseptiques à la suite de toute opération.

Faculté des sciences de Grenoble. — M. Gaches, professeur au lycée de Grenoble, est chargé, en outre, pendant l'année scolaire 1885-1886, d'un cours complémentaire de mathématiques (deux leçons par semaine), à la Faculté des sciences de cette ville. M. Bloume, professeur au lycée de Grenoble est chargé, en outre, pendant l'année scolaire 1885-1886, d'un cours complémentaire de mathématiques (une leçon par semaine), à la Faculté des sciences de cette ville.

Faculté des sciences de Marseille. — Par décret du 12 octobre, M. Sauvage, professeur de mécanique rationnelle à la Faculté des sciences de Montpellier, est transféré dans la chaire de calcul définitif et intégral à la Faculté des sciences de Marseille, en remplacement de M. l'abbé Aousi, nommé professeur honoraire.

Universités étrangères. — Le Dr Sluzinski, a été nommé privat-docent de médecine interne à la faculté de médecine de Cracovie.

PATHOLOGIE INTERNE

Fièvre typhoïde. — Bronchectasie et adénopathie bronchique tuberculeuse. — Végétation polypoïde du larynx symptomatique d'une périchondrite suppurée des cartillages cricoïde et arytenoïde gauche. — Mort rapide. — Autopsie (1);

Par le Dr TOUSSAINT, aide-major de 1re classe à l'hôpital du Val-de-Grâce.

B..., âgé de 25 ans, soldat à la gendarmerie mobile, arrivé le 30 novembre à l'hôpital du Val-de-Grâce (service de M. le professeur VILLEMIN).

Les antécédents héréditaires sont excellents; son père et sa mère sont morts de vieillesse, ses frères et sœurs se portent bien; de son côté, il entre pour la première fois à l'hôpital, vierge de syphilis et de blennorrhagie. Il y a douze jours, cet homme a ressenti un malaise général avec perte d'appétit et insomnie; ces symptômes se sont accentués; la céphalée, surtout nocturne, est survenue, puis des vertiges et des bourdonnements d'oreilles. A son arrivée dans le service, il est abattu, prostré, sa température est de 38°; disons de suite que le tracé thermique est, jusqu'au 19 décembre, celui d'une fièvre typhoïde à évolution absolument régulière, et que le pouls oscille entre 80 et 88 pulsations.

Le 5 décembre se dessinent des taches rosées lenticulaires sur l'abdomen. Vers le 10, apparaît aux deux bases des poumons de la congestion hypostatique, plus prononcée à droite; puis le 14, cette congestion passe à gauche et se cantonne au niveau de la division des bronches. Dès le lendemain, avec la dyspnée qui a augmenté, on constate dans la fosse sous-épineuse gauche de la submatité, du souffle et des râles sous-crépitants. — La dothiénentérie a fini son évolution; le ventre est souple, nulle part douloureux, l'état général est bon; seules la toux et l'expectoration ennuient le malade. Le tracé thermique oscille entre 38 et 39°, les signes locaux de la partie moyenne du poumon gauche deviennent cavitaires, la bronchophonie et de véritables gargouillements y ont apparu.

Le 25, le crachoir est rempli de mucosités très abondantes, au milieu desquelles se voient des crachats purulents. L'examen des sommets des poumons n'a jamais révélé rien d'anormal; le diagnostic différentiel est débattu entre l'adénopathie bronchique suppurée avec communication avec la bronche gauche, la bronchectasie et la caverne tuberculeuse, suite de pneumonie caséeuse.

Dans la première semaine de janvier, l'état général redevient bon; le malade se lève et va se promener au jardin, en attendant que ses forces lui permettent de partir en congé de convalescence.

Du 9 au 14 janvier, la température ne dépasse pas 37°. Localement, les signes cavitaires (matité, souffle, bronchophonie, gargouillements) persistent au niveau de la division des bronches du côté gauche.

Le 15 janvier, sans cause connue, la température s'élève à 38°, chiffre autour duquel elle oscille jusqu'à la fin du mois.

B... accuse le lendemain 16 janvier, c'est-à-dire sept semaines après le début de la fièvre typhoïde, une douleur dans le pharynx, qu'on ne peut rapporter à aucun objectif. Cette douleur s'accentue les jours suivants; elle s'exaspère à l'occasion de la toux, qui est toujours fréquente.

(1) Société anatomique, séance du 27 février 1885.

Le 1er février, le malade accuse de la dysphagie, qui l'engage à n'accepter que difficilement la nourriture. L'exploration de la bouche, du palais et de la région sus et sous-hyoïdienne ne révèle rien de pathologique.

La voix est étouffée, et B... nous raconte le 2 février que, pendant la nuit, il a ronflé assez fort pour incommoder ses voisins. L'analyse des urines faite méthodiquement n'y a jamais révélé d'albumine. L'examen laryngoscopique nous montre qu'il n'y a pas d'œdème de la glotte, que les cordes vocales se tendent bien et se rapprochent. A la partie postérieure de la corde vocale inférieure gauche, dans la glotte intercartilagineuse se voit nettement un polype sessile du volume d'un petit pois, que nous pensons être une végétation polypoïde développée à la surface d'une ulcération tuberculeuse. Vu le siège spécial de cette excroissance, on devait éliminer le polype du larynx, qui occupe habituellement les deux tiers antérieurs des cordes vocales.

Le 10 février, l'examen laryngoscopique ne révèle pas autre chose, et cependant des symptômes assez graves se sont déclarés. La respiration bruyante a augmenté; l'inspiration surtout est pénible, il y a un véritable tirage; les muscles auxiliaires de la respiration entrent en jeu; le cornage est net. La voix est conservée, seulement elle est sombre, et B... est dans une angoisse sérieuse. On le prévient de la probabilité de l'intervention chirurgicale, et l'on se prépare à faire la trachéotomie.

Le 20 à minuit, B... cause avec la sœur, qui le fait boire, à deux heures du matin, sans la moindre crise asphyxique, il meurt.

AUTOPSIE. — Des adhérences pleurales en voie de formation existent sur toute la surface du lobe inférieur du poumon gauche. — L'adénopathie bronchique est fortement accentuée; un ganglion du volume d'une châtaigne, qui siège le long de la trachée, à 4 centimètres au-dessus de l'éperon des bronches, est ramolli, caséeux au centre; des incrustations calcaires forment une coque à la matière caséeuse. Ce foyer ne communique pas avec la trachée. — L'examen microscopique a révélé au pourtour des pertes de substance produites par le ramollissement des tubercules disséminés au milieu d'un tissu cellulaire en voie de prolifération. — La section des bronches indique qu'elles sont le siège d'une vascularisation intense, ecchymotique par places; les bronches de deuxième ordre du lobe inférieur gauche crient sous le couteau; elles sont nettement et régulièrement dilatées dans le sens de leur longueur. Le parenchyme pulmonaire périphérique est sclérosé, on y voit des traînées blanches de tissu conjonctif; un morceau, jeté dans l'eau, gagne immédiatement le fond du vase (atélectasie pulmonaire). Nulle part, ni dans le parenchyme, ni sous le feuillet pleural, trace de tubercules. — Le *larynx* ouvert par la partie médiane de la paroi postérieure révèle une suppuration du chaton du cartilage cricoïde, qui baigne dans une atmosphère de pus limitée par le périchondre même, très épaissi. Avec un stylet, on sent que l'anneau tout entier du cricoïde est dénudé. Le cartilage hyalin, ossifié par places, est décomposé en lamelles irrégulièrement concentriques, formant de vrais séquestres. La végétation polypoïde, qui siège exactement au niveau de l'articulation aryténo-cricoïdienne droite, n'est autre qu'un bourgeon en cul de poule, comme on en trouve dans les fistules osseuses. Nous n'avons trouvé cette remarquable production pathologique signalée nulle part. Alors qu'une première recherche des bacilles de la tuberculose dans les crachats de notre malade avait été faite, nous aurions dû y revenir, sans trop tarder, pour éliminer ou accepter le diagnostic de manifestation phymique du larynx.

A notre grand étonnement, nous avons constaté la disparition du cartilage aryténoïde, qui s'était éliminé par suppuration sans que le malade lui-même en ait senti quelque débris. Son périchondre très épaissi formait une cavité, au fond de laquelle l'apophyse vocale (cartilage réticulé) se trouvait encore ; cet épaississement du périchondre et la persistance de l'apophyse vocale expliquent comment à l'examen laryngoscopique on voyait la tension de la corde vocale inférieure droite et son rapprochement de celle du côté opposé, et comment alors la voix pouvait encore se produire. La muqueuse laryngée et l'épiglotte n'offrent pas trace d'altération. — Dans le dernier mètre de *l'iléon*, on voit, du côté opposé à l'insertion méseutérique, un amincissement par places de la muqueuse correspondant aux plaques de Peyer éliminées et complètement cicatrisées. Les autres organes, rate, reins, foie et cœur ne présentent rien de pathologique.

Réflexions. — Cette observation peut donner lieu aux réflexions suivantes : La dilatation cylindrique des bronches de deuxième et troisième ordre du côté gauche a été accompagnée d'une évolution tuberculeuse d'un ganglion bronchique. L'antagonisme entre la bronchectasie et la tuberculose admis généralement, trouve ici une contradiction. Dans son article Bronches du *Dictionnaire encyclopédique*, Barthez, sur 41 recherches, n'a signalé qu'une fois la coïncidence des tubercules et de la dilatation bronchique. Il est probable qu'aujourd'hui que l'unicité de la pneumonie caséeuse et de la tuberculose est définitivement assise, et qu'on recherche plus attentivement les petits foyers caséeux ou caséo-crétifiés, on reviendra sur cet antagonisme, à notre avis trop absolu. Il est évident que la lésion laryngée a débuté par le cartilage aryténoïde ; son élimination complète en est la meilleure preuve. Elle a dû succéder à une ulcération bacillaire de la muqueuse laryngée au niveau de l'articulation aryténo-cricoïdienne. La suppuration du chaton du cricoïde a été consécutive. Le processus inflammatoire explique pourquoi le siège de prédilection des abcès profonds du larynx est le long de sa cloison postérieure et de l'insertion des cordes vocales. Semblable complication a été trouvée 40 fois sur 45 cas par Lüning, qui vient de consacrer à l'étude des complications laryngées, suite de fièvre typhoïde, un très remarquable travail. (*Archiv. für Klin chir.*, 1884.) « Le processus inflammatoire, dit cet auteur, descend lentement sur les faces antérieure et postérieure du chaton, en partant de son rebord postérieur, et peut aller former une autre fistule soit dans le larynx, soit dans l'œsophage. L'abcès a pu gagner circulairement et développer finalement tout autour du cricoïde une poche de pus dans laquelle baigne le cartilage ; dans un semblable cas (observ. VIII, page 559), on eut tort de ne pas recourir à la trachéotomie. Enfin, les abcès peuvent s'ouvrir en dehors de l'œsophage sous forme de périchondrite externe, surtout quand le cartilage thyroïde a participé à l'inflammation. »

Lüning cite deux cas de guérison de périchondrite du cartilage cricoïde par la trachéotomie (obs. II et X, p. 525 et 542) ; les opérés eurent une convalescence longue, au bout de laquelle la canule put être retirée, mais ils étaient devenus incapables d'un grand effort. Chez le malade de l'obs. X, Lüning, au bout d'un an, put constater que le chaton du cartilage cricoïde en voie de suppuration communiquait à l'haleine une certaine fétidité.

Notre observation offre un point digne d'être relevé : c'est l'expectoration d'un cartilage aryténoïde, sans que le malade s'en soit aperçu. Habituellement, l'expulsion de semblables séquestres entraîne un spectacle alarmant (obs. de Hérard, p. 295. — Lüning, *loc. cit.*). Une telle périchondrite suppurée, avec sa longue durée, ses menaces d'asphyxie crée au malade un danger de mort permanent que la trachéotomie peut seule lever. Sur 147 opérations de trachéotomie pour accidents laryngés de la fièvre typhoïde, Lüning donne les résultats suivants : 77 décès, soit 50 0/0 ; 70 guérisons, dont 64 pour périchondrites. Sur ces 64 malades, 4 n'ont pas été suivis jusqu'à la guérison complète. Sur les 60 autres, 11 purent être délivrés de leur canule. Etant donnée la difficulté de déterminer la nature de la lésion laryngée, sa localisation, le diagnostic est difficile, souvent même impossible.

L'étonnement est grand quand, à l'autopsie, alors que l'examen laryngoscopique n'a pu suffisamment éclairer, on trouve des lésions aussi étendues que celles que nous signalons ; c'est pourquoi l'intervention chirurgicale doit être d'autant plus rapide, qu'il y a souvent de la bronchite concomitante, laquelle ne peut que s'aggraver du fait de la complication laryngée. Le traitement doit envisager deux indications ; l'une relative à la vie même du malade, l'autre à la fonction laryngée. La fonction laryngée est, on peut dire, toujours sacrifiée, puisqu'il est exceptionnel que les malades soient ultérieurement débarrassés de leur canule ; ils sont obligés de boucher la canule pendant qu'ils veulent causer ; même alors la voix est altérée, elle est sombre, éraillée ; le son ne peut être filé, et il est impossible de causer pendant longtemps. La première indication ressortit à la trachéotomie. Lüning se montre très partisan de la section de l'anneau du cricoïde. On ouvre ainsi la poche de pus qui entoure l'arc cricoïdien, ce qui permet l'élimination plus facile des séquestres, et ultérieurement, s'il y a lieu, on peut faire la laryngotomie postérieure pour extraire les séquestres du chaton. Ce chirurgien conseille de bien reconnaître si l'on est dans la trachée, car il est arrivé deux fois à Hextor d'ouvrir des abcès extérieurs au larynx et de ne pouvoir pénétrer dans la trachée, ces deux malades sont morts. Il conseille aussi d'éviter le décollement de la muqueuse avec la canule. Cet accident est arrivé à Schrötter, qui retira par deux fois sa canule pour la bien mettre en place ; la paroi lisse de la cavité purulente lui avait fait croire qu'il avait pénétré dans le larynx. Une fois aussi (obs. A., p. 127), la canule pénétrant dans la cloison postérieure du larynx, décollée par un abcès, entraîna la mort.

Conclusions. — De cette intéressante observation, retenons les points suivants : 1° l'antagonisme entre la bronchectasie et la tuberculose pulmonaire est moins absolu qu'on ne le pense ; 2° les complications laryngées de la convalescence de la fièvre typhoïde sont souvent beaucoup plus profondes qu'il n'est permis de le croire ; 3° l'examen laryngoscopique le meilleur ne permet pas de poser un diagnostic complet ; la nature des végétations polypoïdes sera donnée par la recherche du bacille de la tuberculose ; 4° une intervention rapide par la crico-trachéotomie peut seule sauver les typhoïdiques, dont le cartilage cricoïde a suppuré.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Des fondations hospitalières.

L'une des difficultés que rencontrent aujourd'hui les municipalités au sujet des réformes qu'elles veulent réaliser dans les institutions hospitalières provient des conditions imposées par les fondateurs. — Les municipalités doivent-elles s'arrêter devant des obligations surannées ? Peuvent-elles passer outre ? Questions délicates que nous n'osions trancher et sur lesquelles nous hésitions à donner notre avis lorsqu'on nous consultait. Tout récemment, nous avons reçu communication de réflexions faites sur les *fondations* par un homme des plus éminents, et bien que par la forme elles répondent à une époque déjà ancienne, nous n'hésitons pas à leur accorder l'hospitalité. B.

Les mots *fonder*, *fondement*, *fondation* s'appliquent à tout établissement durable et permanent.... On dit fonder une académie, un hôpital, un couvent, des messes... des prix à distribuer, des jeux publics, etc. Fonder dans ce sens, c'est assigner un fond ou une somme d'argent, pour être employée à perpétuité à remplir l'objet que le fondateur s'est proposé, soit que cet objet regarde le culte divin ou l'utilité publique, soit qu'il se borne à satisfaire la vanité du fondateur, motif souvent l'unique véritable, lors même que les deux autres lui servent de voile.

Les formalités nécessaires pour transporter à des personnes chargées de remplir les intentions du fondateur, la propriété ou l'usage des fonds que celui-ci y a destinés; les précautions à prendre pour assurer l'exécution perpétuelle de l'engagement contracté par ces personnes ; les dédommagements dus à ceux que ce transport de propriété peut intéresser; les bornes que la politique a sagement voulu mettre à l'excessive multiplication de ces libéralités indiscrètes ; enfin, différentes circonstances essentielles ou accessoires aux fondations ont donné lieu à différentes lois, dont le détail n'appartient point à cet article. Notre but n'est, dans celui-ci, que d'examiner l'*utilité des fondations en général par rapport au bien public, ou plutôt d'en montrer les inconvénients* ; puissent les considérations suivantes concourir avec l'esprit philosophique du siècle, à dégouter des fondations nouvelles et *détruire un reste de respect superstitieux pour les anciennes.*

1° Un fondateur est un homme qui veut éterniser l'effet de ses volontés; or, quand on lui supposerait toujours les intentions les plus pures, combien n'a-t-on pas de raisons de se défier de ses lumières ? Combien n'est-il pas aisé de faire le mal en voulant faire le bien ? Prévoir avec certitude si un établissement produira l'effet qu'on s'en est promis, et n'en aura pas un tout contraire ; démêler à travers l'illusion d'un bien prochain et apparent, les maux réels qu'un long enchaînement de causes ignorées amènera à la suite ; connaître les véritables plaies de la société, remonter à leurs causes ; distinguer les remèdes des palliatifs, se défendre enfin des prestiges de la séduction, porter un regard sévère et tranquille sur un projet au milieu de cette atmosphère de gloire, dont les éloges d'un public aveugle, et notre propre enthousiasme nous le montrent environné ; ce serait l'effort du plus profond génie et peut-être la politique n'est-elle pas encore assez avancée de nos jours pour y réussir.

Souvent on présentera à quelques particuliers des secours contre un mal dont la cause est générale, et quelquefois le remède même qu'on voudra opposer à l'effet, augmentera l'influence de la cause. Nous avons un exemple frappant de cette espèce de maladresse, dans quelques maisons destinées à servir d'asile aux femmes repenties. Il faut faire preuve de débauche pour y entrer. Je sais bien que cette précaution a dû être imaginée pour empêcher que la fondation ne soit détournée à d'autres objets : mais cela seul ne prouve-t-il pas que ce n'était pas par de pareils établissements, étrangers aux véritables causes du libertinage, qu'il fallait combattre ? Ce que nous disons du libertinage est vrai de la pauvreté. Le pauvre a des droits incontestables sur l'abondance du riche ; l'humanité pour les uns, la religion pour les autres, nous font également un devoir de soulager nos semblables dans le malheur. C'est pour accomplir ces devoirs indispensables que tant d'établissements de charité ou même de bienfaisance ont été élevés pour soulager des besoins de toute espèce ; que des pauvres sans nombre sont rassemblés dans des hôpitaux, nourris à la porte des couvents ou des casernes par des distributions journalières. Qu'est-il arrivé ? C'est que précisément dans les pays où ces ressources gratuites sont les plus abondantes, comme en Espagne et dans quelques parties de l'Italie, la misère est plus commune et plus générale qu'ailleurs. La raison en est bien simple et mille voyageurs l'ont remarquée. Faire vivre gratuitement un grand nombre d'hommes, c'est soudoyer l'oisiveté et tous les désordres qui en sont la suite ; c'est rendre la condition du fainéant préférable à celle de l'homme qui travaille ; c'est par conséquent diminuer pour l'Etat la somme du travail et des productions de la terre, dont une partie devient nécessairement inculte; de là les disettes fréquentes, l'augmentation de la misère et la dépopulation qui en est la suite; la race des citoyens industrieux est remplacée par une populace vile, composée de mendiants vagabonds et livrés à toutes sortes de crimes. Pour sentir l'abus de ces aumônes mal dirigées, qu'on suppose un état si bien administré, qu'il ne s'y trouve aucun pauvre. L'établissement d'un secours gratuit pour un certain nombre y créerait tout aussitôt des pauvres, c'est-à-dire donnerait à autant d'hommes un intérêt de le devenir en abandonnant leurs occupations. D'où résulterait un vide dans le travail et la richesse de l'État, une augmentation du poids des charges publiques sur la tête de l'homme industrieux et tous les désordres que nous remarquons dans la constitution présente des sociétés. C'est ainsi que les vertus les plus pures peuvent tromper ceux qui se livrent sans précautions à tout ce qu'elles leur inspirent; mais si des desseins pieux et respectables démentent toutes les espérances qu'on en avait conçues, *que faudra-t-il penser de toutes ces fondations qui n'ont eu de motif et d'objet véritables que la satisfaction d'une vanité frivole*, et qui sont sans doute les plus nombreux ? Je ne craindrais point de dire que si l'on comparait les avantages et les incon-

vénients de toutes les fondations qui existent aujourd'hui en Europe, il n'y en aurait peut-être pas une qui soutînt l'examen d'une politique éclairée.

2° Mais de quelque utilité que puisse être une *fondation*, elle porte dans elle-même un *vice irrémédiable*, et qu'elle tient de sa nature, *l'impossibilité d'en maintenir l'exécution*. Les fondateurs s'abusent bien grossièrement s'ils s'imaginent que leur zèle se communiquera de siècle en siècle aux personnes chargées d'en perpétuer les effets. Quand elles en auraient été quelque temps animées, il n'est point de corps qui n'ait à la longue perdu l'esprit de la première origine..... Presque toutes les fondations anciennes ont dégénéré de leur institution primitive; alors le même esprit qui avait fait naître les premières, en a fait établir de nouvelles sur le même plan, ou sur un plan différent; lesquelles, après avoir dégénéré à leur tour, sont aussi remplacées à leur tour de la même manière. Les mesures sont ordinairement si bien prises par les fondateurs, pour mettre leurs établissements à l'abri des innovations extérieures, qu'on trouve ordinairement plus aisé, et sans doute aussi plus honorable, de fonder de nouveaux établissements, que de réformer les anciens; mais par ces doubles et triples emplois, le nombre des bouches inutiles dans la société et la somme des fonds tirés de la circulation générale s'augmentent continuellement.

Certaines fondations cessent encore d'être exécutées par une raison différente, et par le seul laps du temps : ce sont les fondations faites en argent et en rentes. On sait que toute espèce de rente a perdu à la longue presque toute sa valeur, par deux principes. Le premier est l'augmentation graduelle et successive de la valeur numéraire de l'argent..... Le second principe est l'accroissement de la masse d'argent. Il n'y aurait pas grand inconvénient à cela, si ces fondations étaient entièrement anéanties; mais le corps de la fondation n'en subsiste pas moins, seulement les conditions n'en sont plus remplies; autrefois, quand les revenus d'un hôpital souffraient de cette diminution, on supprimait les lits des malades, et l'on se contentait de pourvoir à l'entretien des *chapelains*, comme on disait autrefois, des *aumôniers*, pour employer le langage courant.

3° Nous voulons supposer qu'une fondation ait eu dans son origine une utilité incontestable; qu'on ait pris des précautions suffisantes pour que la paresse et la négligence ne la fasse dégénérer; que la nature des fonds les mette à l'abri des révolutions du temps sur les richesses publiques; *l'immutabilité que les fondateurs ont cherché à lui donner est encore un inconvénient considérable*, parce que le temps amène de nouvelles résolutions, qui font disparaître l'utilité dont elle pouvait être dans son origine, et qui peuvent même la rendre nuisible. La société n'a pas toujours les mêmes besoins; la nature et la distribution des propriétés...., les opinions, les mœurs, les occupations générales de la nation ou de ses différentes portions, le climat même, les maladies et les autres accidents de la vie humaine, éprouvent une variation continuelle : de nouveaux besoins naissent, d'autres cessent de se faire sentir; la proportion de ceux qui demeurent change de jour en jour dans la société, et avec eux disparaît ou diminue l'utilité des fondations destinées à y subvenir. Les guerres de Palestine ont donné lieu à des fondations sans nombre, dont l'utilité a cessé avec ces guerres. Sans parler des ordres de religieux militaires, l'Europe était encore, au siècle dernier, couverte de maladreries, quoique depuis longtemps on n'y connaisse plus la lèpre. La plupart de ces établissements ont survécu longtemps à leur utilité : 1° *parce qu'il y a toujours des hommes qui en profitent, et qu'ils sont intéressés à les maintenir;* 2° parce que lors même qu'on est bien convaincu de leur inutilité, on est très longtemps à prendre le parti de les détruire, à se décider soit sur les mesures et les formalités nécessaires pour abattre ces grands édifices affermis depuis tant de siècles, et qui souvent tiennent à d'autres bâtiments qu'on craint d'ébranler, soit sur l'usage ou le partage qu'on fera de leurs débris; parce qu'on est très longtemps à se convaincre de leur inutilité, en sorte qu'ils ont quelquefois le temps de devenir nuisibles, avant qu'on ait soupçonné qu'ils sont inutiles. Il y a tant à présumer qu'une fondation, quelque utile qu'elle paraisse, deviendra un jour au moins inutile, peut-être nuisible, et le sera longtemps. N'en est-ce pas assez pour arrêter tout fondateur qui se propose un autre but que celui de satisfaire sa vanité ?

4° Nous n'avons rien dit encore du luxe des édifiees et du faste qui environne les grandes fondations : ce serait quelquefois évaluer bien favorablement leur utilité, que de l'estimer la centième partie de la dépense (1)....

Nous arrêtons là pour aujourd'hui ces réflexions; nous en terminerons l'exposé dans le prochain numéro. T... t.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 10 octobre 1885. — PRÉSIDENCE DE M. HANOT.

M. MATHIAS DUVAL, complétant une précédente communication sur la *formation et le développement du blastoderme*, expose en quelques mots un procédé technique qui permet de reconnaître sur le disque blastodermique homogène l'orientation du futur embryon, et de faire porter les coupes à volonté sur les parties qui seront tête ou queue.

M. BROWN-SÉQUARD n'admet pas avec les physiologistes qui ont suivi Fritsch et Hitzig, que de la périphérie du cerveau parte de chaque côté des fibres qui s'entrecroisent à la base de l'encéphale et vont de là aux muscles volontaires. Ce n'est pas au niveau des pyramides antérieures que se fait cette décussation, comme le disent la plupart des médecins. La lésion de n'importe quel point du bulbe donne une hémiplégie directe, ou une hémiplégie croisée, ou une paralysie des quatre membres, ou rien du tout. La lésion limitée des corps restiformes suffit pour déterminer une paralysie. Ce n'est pas davantage dans la protubérance que se fait l'entrecroisement. S'il en était ainsi, une section d'une moitié latérale du pont de Varole devrait déterminer une double hémiplégie, plus complète, il est vrai,

(1) Les exemples de ce genre ne sont pas rares même aujourd'hui : il nous suffira de citer les fondations de la comtesse Galliera.

d'un côté. Or, il n'en est rien. Si l'on fait l'expérience sur de jeunes chats, on obtient une paralysie directe. Si on la répète sur des chats adultes, la paralysie est croisée. Donc l'hémiplégie ne dépend pas ici d'une section des faisceaux conducteurs; dans ce cas, en effet, l'âge des animaux en expérience ne ferait pas varier le résultat.

On peut opérer le transfert de la paralysie quand, après avoir obtenu une hémiplégie croisée par lésion de la capsule interne, on fait une seconde section portant sur la protubérance. Il y a là une influence purement dynamique et non une section de conducteurs. On obtient un phénomène analogue de dynamogénie quand, par l'hémisection de la moelle, on amène l'hyperesthésie du côté correspondant. Les coupes portant sur la partie supérieure des pédoncules, la galvanisation des centres moteurs corticaux conduisent M. Brown-Séquard à des conclusions analogues.

M. Thaon (de Nice) expose quelques recherches d'*histologie pathologique* relatives aux troubles directs de la nutrition cellulaire produits par le bacille de la tuberculose.

M. le Président prie M. Brown-Séquard de prendre la parole, au nom de la Société, au sujet de la mort de M. Robin.

M. Brown-Séquard prononce un court éloge de Charles Robin.

M. d'Arsonval expose un procédé technique très exact pour la mensuration des volumes gazeux.

M. Gréhant dépose une note de M. Philippeaux relative à la régénération du cerveau chez la salamandre.

M. Ch. Féré, continuant ses recherches sur les effets dynamogènes des excitations sensorielles et sensitives, étudie le *transfert de la force musculaire* et montre que l'aimant agit à la manière d'un excitant sensoriel : le premier effet de l'œsthésiogène est une dynamogénie qui se manifeste même du côté sain, lorsque l'aimant est appliqué de ce côté; M. Féré montre qu'inversement, chez quelques sujets au moins, toute excitation sensorielle peut agir comme les œsthésiogènes connus, c'est-à-dire produire le transfert. L'auteur pense que la communauté d'action de l'aimant et des excitants sensoriels qu'il a précédemment étudiés permet d'ajouter foi au dire des sujets qui affirment éprouver une sensation particulière à l'approche de l'aimant. La sensibilité exquise de ces sujets peut faire comprendre comment ils réagissent inconsciemment ou subissent des suggestions sous l'influence d'une excitation extrêmement faible. M. Féré montre en outre des tracés qui mettent en lumière l'*exagération des réflexes musculaires sous l'influence d'excitations sensorielles*, et l'exagération, chez certains sujets, des *mouvements involontaires qui se produisent à propos des excitations sensorielles et sensitives*. Ces derniers tracés peuvent servir à l'étude des sensations musculaires.

M. Ch. Féré signale un *trouble trophique des cheveux à la suite des attaques d'hystérie*. Chez certains sujets, dans ces circonstances, les cheveux présentent une sécheresse particulière et se divisent.

MM. Ch. Féré et E. Huet signalent une *anomalie du pavillon de l'oreille* qui consiste en ce que la racine de l'hélix prend un développement considérable et offre la même saillie que l'anthélix, avec lequel elle s'anastomose.

Gilles de la Tourette.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 13 octobre 1885. — Présidence de M. J. Bergeron.

M. Le Président annonce à l'Académie la perte qu'elle vient de faire en la personne de M. Charles Robin.

M. E. Besnier, à l'occasion du procès-verbal, prend la parole pour protester contre les assertions émises par M. J. Guérin, dans la précédente séance, à l'occasion du livre de M. Teissier sur le *choléra*. M. Teissier, en effet, s'est attaché à déclarer que les épidémies de 1832 et de 1884, à Lyon, n'avaient nullement été annoncées par une période préépidémique.

M. J. Guérin maintient ses déclarations antérieures et se croit en droit d'affirmer que le choléra de 1832 a été précédé d'une période préépidémique. Quant au choléra de 1884, M. J. Guérin se contente de signaler ici la coexistence de cette maladie et d'un grand nombre de troubles gastro intestinaux.

M. Dechambre, à l'occasion de la communication de M. G. Sée sur l'*obésité*, rappelle que l'influence des saignées sur la production de la graisse a été expérimentalement démontrée, dès 1866, par lui et par M. Vulpian.

De la contagion de la lèpre. — M. Vidal prend la parole, à l'occasion du rapport de M. C. Paul, sur le travail de M. Zambaco (de Constantinople), concernant *la lèpre*. Contrairement à M. C. Paul, qui se montre hostile à l'idée de contagion, voire même d'inoculation de la lèpre, M. Vidal admet la transmission de cette maladie par hérédité et par inoculation. L'influence de l'hérédité est généralement admise vers l'âge de huit ans. — M. Zambaco est convaincu de cette hérédité, qu'il a constatée sur le quatorzième de ses malades, et qu'on regarde comme la règle en Norwège; aussi n'hésite-t-il pas à rattacher la lèpre, dite acquise, à une série de causes telles que la misère, la mauvaise nourriture, les violentes émotions morales, etc.

La découverte du bacille de la lèpre par Armaven, Hansen et Neisser rend cependant bien vraisemblable la transmission de la lèpre par inoculation. La contagion par inoculation accidentelle est admise par la plupart des médecins de l'Amérique du Nord ; la contagion seule peut expliquer la rapidité avec laquelle la lèpre s'est propagée en Californie, en Louisiane, dans l'Orégon... Il en est de même de l'archipel polynésien où la lèpre s'est montrée en 1848, quelque temps après l'arrivée d'un Chinois lépreux, et a pris une extension tellement rapide, qu'il n'est pas possible d'invoquer l'hérédité. Les médecins de l'île de la Réunion et de l'île Maurice croient à la contagion. Cette idée de contagion s'impose enfin, si on veut bien se pénétrer des résultats heureux qu'on ne cesse d'obtenir en pratiquant l'isolement des lépreux. Cet isolement, fécond en bienfaits, fut d'abord effectué avec une certaine sévérité ; aujourd'hui il est intelligemment compris en Norwège, où les statistiques en démontrent la nécessité et la puissance.

M. Hardy est d'avis que la lèpre n'est pas contagieuse en France et estime que la question de climat joue un rôle autrement important que la question de contagiosité.

M. E. Besnier partage l'opinion de M. Hardy et pense qu'on doit tenir un grand compte, dans cette grave question de la contagion, des soins nombreux que l'on prend en France pour traiter les lépreux.

M. Dujardin-Beaumetz n'admet pas la contagiosité de la lèpre et cite, à l'appui de son dire, ce qui se passe à Constantinople chez les lépreux libres ou enfermés dans des hôpitaux spéciaux. Chez les uns comme chez les autres et quelques défectueuses que soient les lois de l'hygiène et de l'isolement, la contagion ne s'y observe pas.

M. Rouvier (de Toulon) fait une communication sur le *traitement de la période asphyxique du choléra par les injections intra-veineuses de sérum artificiel*, qu'il résume dans les conclusions suivantes : la transfusion est indiquée dans le choléra lorsque le stade asphyxique s'est établi malgré l'emploi des autres moyens thérapeutiques; elle a donné 18 guérisons sur 55 opérés ; elle doit être employée le plus tôt possible, toutes les fois que le collapsus se produit, et mérite d'être regardée comme un puissant moyen de réaction...

A. Josias.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 14 octobre 1885. — Présidence de M. Duplay.

M. Ledentu fait un rapport sur plusieurs observations adressées à la Société par le Dr Broucq (Alger); à propos de divers cas il est amené à traiter de la *gangrène* chez les *paludiques* et de l'*intervention* chez les *tuberculeux*.

M. Ledentu approuve la conduite du chirurgien et reconnaît qu'il est encore trop tôt pour donner sur ces points des conclusions et des règles définitives.

M. Verneuil trouve dans les faits exposés la confirmation de ses idées sur la pathogénie des gangrènes qui surviennent chez les paludéens. Il insiste sur les bons résultats que produit l'emploi du fer rouge pour les opérations sur les diabétiques.

M. Després ne voit pas les relations qui existent entre la gangrène et le paludisme ; les malades dont il est question dans deux des observations de M. Broucq avaient en même temps de l'athérome artériel, qui explique mieux la gangrène.

M. Ledentu répond que sa conviction n'est pas absolument faite à cet égard et qu'il ne s'est point prononcé catégoriquement. Le sujet est à l'étude. Il en est de même de l'intervention chez les tuberculeux ; tantôt elle donne d'excellents résultats, tantôt elle est suivie d'accidents rapidement mortels.

M. Richelot cite un cas à l'appui : un malade opéré d'une synovite fongueuse du poignet mourut quelques jours après d'une méningite.

M. Trélat répète que l'intervention chez les tuberculeux est délicate et souvent dangereuse; il faut étudier, se défier, ce qui ne signifie pas s'abstenir. A côté des désastres, il y a les cas où l'intervention n'est point suivie d'accidents.

M. Verneuil communique un important travail intitulé : *Essai sur la pathogénie des érysipèles à réplétion*. M. Verneuil, qui reconnaît la nature infectieuse de l'affection, ne pense pas que chaque récidive puisse être expliquée par une nouvelle contagion. Il incline à penser que le microbe n'a point quitté le corps du patient après la guérison apparente, mais qu'il est resté soit dans les produits épidermiques, au cuir chevelu et à l'oreille par exemple, soit dans les cavités nasales, pharyngiennes, etc., n'attendant qu'une occasion nouvelle de manifester sa présence. On pourrait s'expliquer ainsi les retours et les récidives de l'érysipèle. On pourrait également, si la théorie vient à être démontrée vraie, prendre des mesures pour éviter ces récidives d'infection. De nombreuses observations, dans lesquelles on voit des malades présenter sur les mêmes points du corps et successivement, à intervalles variables, 10, 30, 100 érysipèles, donnent un grand caractère de vraisemblance aux hypothèses du professeur, dont l'intéressant travail sera discuté à la prochaine séance. P. Poirier.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 14 octobre 1885.—Présidence de M. Duhomme.

M. C. Paul, secrétaire général, lit un très intéressant rapport sur les travaux de la Société pendant l'année 1884-85.

M. Huchard présente deux thèses *sur la cocaïne*, l'une de M. Rigolet son élève et celui de M. Dujardin-Beaumetz, l'autre de M. Pradal, élève de M. Grasset (de Montpellier). Ces deux ouvrages dans lesquels la question est complètement traitée se complètent l'un l'autre. L'expérimentation faite sur les animaux y fournit une interprétation scientifique des résultats observés chez l'homme.

M. Blondeau fait part à la Société des bons résultats qu'il a obtenus de l'emploi de l'*hammanulis virginica* chez quatre personnes porteuses de varice. Il s'est servi de la teinture préparée suivant les procédés de la pharmacopée française.

Il s'engage une discussion à laquelle prennent part MM. Limousin, Dujardin-Beaumetz, Campardon et C. Paul, de laquelle il résulte qu'étant donnée l'ignorance où l'on est du titrage du *Poud's Extract* qui est une des préparations d'hammanulis les plus usitées en Amérique, on aura tout avantage à prescrire la teinture d'hammunulis du Codex à la dose de un à deux grammes dans les vingt-quatre heures.

M. Brame lit un mémoire sur le *traitement de la pneumonie* par les ventouses scarifiées *loco dolenti*.

Gilles de la Tourette.

REVUE DE PHYSIOLOGIE

I. Eléments de physiologie générale, par W. Preyer, professeur de physiologie de l'université d'Iéna. Traduit de l'Allemand, par Jules Soury. 1 vol. 310 pages. — Paris, Félix Alcan, éditeur.

II. Recherches expérimentales sur le mécanisme de fonctionnement des centres psycho-moteurs du cerveau, par le Dr J.-M.-L. Marique. Thèse d'agrégation présentée à la Faculté de Bruxelles. 1 vol., 140 pages avec planche. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

III. A Record of experiments on the effects of lésion of différent régions of the cerebral hémisphéres ; par MM. David Ferrier et Gerald F. Yeo. — Philosophal transactions of the Royal Society. — Part, 11, 1884.

IV. De l'alimentation envisagée au point de vue physiologique en particulier à l'hôpital et dans les établissements de bienfaisance de la ville du Havre ; par le Dr A. Montagne, ex-interne des hôpitaux du Havre. Thèse doctorat. — Paris, G. Steinheil, éditeur.

V. L'Alcool, physiologie, pathologie, médecine légale ; par le Dr J.-A. Peeters, ancien président de la Société de médecine mentale de Bruxelles. 1 vol., 411 pages — Paris, Georges Carré, éditeur.

I. S'il faut en croire le savant professeur de l'Université d'Iéna, les recherches générales en physiologie sont depuis longtemps abandonnées ou reléguées au second plan. Les grands progrès de la physique et de la chimie, en provoquant l'étude approfondie de certains appareils organiques, ont fait négliger l'examen de phénomènes plus délicats : il est maintenant nécessaire de réhabiliter la physiologie générale.

C'est par ce cri d'alarme que commencent les leçons de M. Preyer, dont M. Jules Soury, l'élégant commentateur d'Hæckel, nous offre aujourd'hui la fidèle traduction. Les études de détail et la recherche des mécanismes nous ont détournés des grandes questions si caressées par les savants d'autrefois. La nature de la vie, l'analyse de la matière organisée, la détermination des formes, des forces et des fonctions des corps vivants, voilà les sujets sur lesquels il faut à tout prix ramener l'attention des physiologistes d'aujourd'hui. A ceux qui veulent l'écouter, M. Preyer fait les promesses les plus séduisantes; et d'abord, il les promène dans la brillante galerie des Antiques, il leur raconte les découvertes de Thalès, d'Anaximandre, d'Héraclite, de Pythagore, de Zénon, d'Anaxagore, d'Empédocle, de Démocrite, etc., etc.; il leur prédit la gloire et la reconnaissance des peuples. Et puis, il les conduit dans les forêts vierges, dans les routes obscures et il leur montre tout ce qui reste à défricher et à éclaircir. Lui-même, il n'hésite pas à prêcher d'exemple : il se jette bravement au milieu des broussailles, il taille, il coupe, il fauche, mais il oublie peut-être de regarder derrière lui et de s'assurer s'il est toujours suivi.

C'est qu'il faut être bon marcheur pour sortir du bourbier du Protoplasma, car les jambes restent prises dans les viscosités et dans les molécules. Malheureusement, le guide marche toujours sans soutenir son pupille, et, à chaque instant, celui-ci s'arrête harrassé et embourbé; et puis, la lumière est quelquefois si pâle qu'il devient difficile de retrouver une orientation. Ce n'est pas que l'on ne rencontre quelques belles éclaircies, mais elles sont parfois insuffisantes pour rendre la vigueur et pour permettre de continuer agréablement la route.

En essayant de suivre M. Preyer, nous nous souvenions d'un autre guide auquel le professeur d'Iéna ne rend pas assurément la justice qu'il mérite ; nous nous rappelions ces belles leçons de Claude Bernard sur *les Phénomènes communs aux animaux et aux végétaux*, et nos yeux gardaient la mémoire de l'éclat que le grand physiologiste français jetait au milieu de toutes ces ténèbres. Nous nous demandions si véritablement les expériences du Collège de France « avaient eu pour conséquence un abandon prononcé des recherches générales, historiques et synthétiques, dans le domaine de la physiologie », si l'élévation des idées, si l'ampleur des vues commandaient la nébulosité et excluaient la clarté. Mais, en même temps, nous

regardions les obstacles et les innombrables difficultés qui ont surgi devant M. Preyer, et nous applaudissions aux efforts d'un maître qui s'est lui-même livré avec succès aux plus arides conceptions et aux plus inextricables recherches.

II. La thèse d'agrégation que M. le Dr Marique vient de présenter à la Faculté de médecine de Bruxelles a pour objet l'étude des centres psycho-moteurs cérébraux. Ce travail est divisé en deux parties : dans la première, l'auteur cherche à établir la réalité de l'existence de ces centres; dans la seconde, il relate ses propres expériences et il expose les résultats obtenus par une méthode nouvelle. M. Marique est un partisan convaincu de la doctrine des localisations cérébrales; ses convictions ardentes touchent même en certains endroits au fanatisme et à l'exclusivisme. C'est ainsi que, passant en revue les opinions opposées de Brown-Séquard, de Couty, de Marcacci, de Goltz, etc., il oublie quelquefois, dans l'ardeur de la controverse, ce qu'il y a de principal dans les arguments de ses adversaires. Sa critique, très souvent fort spirituelle, manque trop fréquemment de précision et de mesure; elle a une tendance bien marquée à sortir d'embarras grâce à un mot d'esprit. Il est vrai que M. Marique a été très heureux dans ses propres recherches et qu'il a pu tirer un bon parti de ses expériences personnelles.

A l'aide d'une méthode spéciale, dite méthode par isolement, il a empêché toute communication du territoire qu'il étudiait avec le voisinage. Il fait trois incisions dans la deuxième circonvolution frontale du chien, laquelle encadre le gyrus; il sectionne ainsi les fibres de communication qui réunissent le gyrus aux circonvolutions voisines, mais il respecte les fibres de la couronne rayonnante et les fibres du corps calleux. L'énucléation des centres moteurs étant ainsi obtenue, M. Marique put vérifier et contrôler les résultats de Carville, Duret et Münck; il observa les phénomènes passagers de paralysie des deux membres opposés à la lésion et les phénomènes de paralysie plus permanente portant sur les mouvements intentionnels. La méthode de section partielle ou successive permit ensuite de constater que les manifestations paralytiques s'observent principalement après l'incision postérieure, c'est-à-dire après la destruction des communications du gyrus avec le lobe pariéto-occipital. Les centres psycho-moteurs n'ont donc pas de fonctionnement spontané : ils ne peuvent pas donner naissance à des mouvements sans le secours des centres voisins. Leur fonctionnement est assuré par des excitations venant des régions sensorielles voisines et surtout du lobe occipital; ils présentent par conséquent un mécanisme d'action analogue à ceux des centres réflexes médullaires ou mésocéphaliques. Le terme psycho-moteur n'a ainsi par lui-même aucune valeur.

M. Marique expose avec beaucoup de netteté les différentes hypothèses émises sur le rétablissement des mouvements dans les membres paralysés et sur toute la question de la suppléance. Après Ferrier, il montre que, si les mouvements reparaissent chez les animaux inférieurs, ils ne reviennent pas chez les animaux supérieurs (singe et probablement homme). C'est que, chez ces derniers, les centres psycho-moteurs sont prépondérants; depuis longtemps la moelle a perdu l'habitude de fonctionner, et cette action spontanée, elle ne la recouvre plus.

Suivent plusieurs dissertations sur le mécanisme du fonctionnement des centres psycho-moteurs, sur leur nature, etc. Mais, malgré tout le talent d'exposition de M. Marique, il nous sera encore longtemps difficile de rencontrer dans ses dernières conceptions autre chose que des hypothèses purement gratuites.

III. L'étude des centres cérébraux a été très heureusement continuée pendant ces dernières années par MM. Ferrier et Gerald Yeo. Les savants professeurs de King's College viennent de réunir les expériences qu'ils ont faites sur les centres de la sensibilité et principalement sur le centre de la sensibilité tactile; le récit de ces recherches est accompagné de 181 figures photographiées, représentant l'état des parties cérébrales atteintes par les opérations. Celles-ci ont été faites avec le galvano-cautère sur des singes endormis par le chloroforme; nous allons en rapporter brièvement les résultats.

Des lésions destructives, limitées au cortex et aux fibres médullaires de la face inférieure et interne du lobe temporo-sphénoïdal provoquent une anesthésie complète (cutanée, musculaire et muqueuse) du côté opposé du corps, sans paralysie des mouvements volontaires. Dans toutes les expériences nécessaires pour obtenir cette anesthésie, le seul fait commun à tous les cas où il y eut altération ou abolition de la sensibilité tactile fut la destruction du cortex et des fibres médullaires de la région de l'hippocampe. Le degré de perte de la sensibilité tactile fut proportionné à l'étendue de la lésion de cette région; le territoire des circonvolutions sphénoïdales moyenne et inférieure put être détruit séparément sans qu'il se manifeste le moindre symptôme de paralysie tactile.

Quand la région de l'hippocampe fut atteinte à travers la face inférieure du lobe occipital, l'anesthésie tactile se compliqua de troubles visuels; mais d'autres expériences permettent d'éliminer ces derniers et de les attribuer aux lésions faites dans la région occipito-angulaire. Le sens de l'ouïe fut très rarement affecté, et alors seulement que les fibres médullaires de la circonvolution temporo-sphénoïdale supérieure étaient envahies.

C'est donc la lésion de l'hippocampe qui est le facteur essentiel de la production de l'anesthésie; chaque fois que cette lésion fut complète, l'anesthésie absolue se manifesta du côté opposé. Si le cortex du gyrus de l'hippocampe était seul atteint, l'altération de la sensibilité était encore bien marquée, mais elle n'était plus permanente. La lésion de la corne d'Ammon amenait également une anesthésie du côté opposé, mais elle n'était aussi que transitoire. Quand le fascia dentata et le bord interne du gyrus de l'hippocampe étaient seuls détruits, on observait une hyperesthésie passagère remarquable, démontrant que l'anesthésie consécutive à la lésion de l'hippocampe ne peut pas être attribuée à des actions de voisinage.

L'hippocampe et son gyrus sont donc les parties d'un même centre; la destruction complète de leurs deux tissus est nécessaire pour obtenir une anesthésie absolue et permanente. Toutes les autres lésions du cerveau, portant sur les lobes occipital, pariétal et frontal, sont négatives au point de vue de l'altération de la sensibilité tactile : elles ne produisent même pas de troubles transitoires.

IV. Pendant la durée de son internat à l'hôpital du Havre, M. le Dr Montagne a été frappé par la vue de blessés entrés pour une affection chirurgicale sans importance et devenus bientôt profondément anémiés et même tout à fait malades. Il s'est demandé si le régime alimentaire ne devait pas être incriminé, et, avec le concours désintéressé de son ami M. Bottard, il a fait le procès aux règlements, il a accusé la parcimonie des économats et il a consigné les résultats de son enquête dans sa thèse inaugurale. MM. Montagne et Bottard arrivent à cette conclusion que la nourriture allouée par l'hôpital du Havre à ses malades est insuffisante. Mais, avant d'adresser ce gracieux éloge à l'administration dont ils sont les justiciables, ils établissent solidement leurs arguments et leurs preuves; ils déterminent, sur la foi des meilleurs auteurs, les quantités de carbone et d'azote nécessaires à l'entretien de la vie, et ils fixent les rations physiologiques au-dessous desquelles on n'a pas le droit de nourrir les gens, même gratuitement. De là à confectionner des menus, il n'y a qu'un pas, et il a bientôt été franchi. Il faut d'ailleurs savoir gré à MM. Bottard et Montagne de la valeur pratique qu'ils ont su donner à leur travail. La discussion se poursuit à la cuisine; elle a pour but d'arracher à l'économie excessive du chef des décagrammes de riz au lait, de haricots, de viande rôtie ou bouillie, de pruneaux, etc. C'est du Brillat-Savarin avec un bon vernis physiologique. Espérons que les vœux de MM. Bottard et Montagne seront exaucés; nous savons du reste que leurs critiques ont été favorablement accueillies. Comme ils le disent en terminant, la ville

qui vient de construire un hôpital modèle a l'obligation, pour être logique, d'établir un règlement modèle pour le régime alimentaire.

Le travail de MM. Bottard et Montagne sera très utilement consulté par tous ceux qui se préoccupent des applications de la physiologie à l'hygiène de l'alimentation. A un autre point de vue, c'est un travail de décentralisation scientifique, et il faut en féliciter les auteurs.

V. L'Académie royale de Belgique avait mis l'année dernière au concours la question suivante : « Déterminer, en s'appuyant sur des observations précises, les effets de l'alcoolisme, au point de vue matériel et psychique, tant sur l'individu que sur sa descendance. » C'est pour répondre à cette question que M. le Dr J. A. Peeters a écrit un long mémoire, dont la publication lui a valu la première mention honorable. Le travail de l'aliéniste belge comprend trois parties : la première est consacrée à la physiologie de l'alcool, la seconde résume toute la pathologie de l'alcoolisme, la troisième traite des rapports de l'ivrognerie avec la médecine légale.

L'auteur étudie successivement l'absorption de l'alcool, son action sur le sang, sur la circulation et la respiration, sur le système nerveux et les sécrétions, sur la nutrition générale, son mode d'élimination, etc., etc. Dans chaque chapitre, il rapporte avec beaucoup de fidélité les travaux les plus importants de ses devanciers. La lecture de cette première partie laisse deviner facilement les points qui réclament de nouvelles recherches.

Mais c'est la pathologie de l'alcool qui a reçu le plus grand développement; les altérations des divers appareils, les maladies de l'estomac et du foie, du système nerveux et des systèmes circulatoire et respiratoire, la surcharge graisseuse et la gangrène des buveurs sont décrites avec beaucoup de netteté et d'érudition. L'étude de l'alcoolisme psychique semble surtout avoir accaparé les préférences de M. Peeters; tout ce qui concerne la pathologie mentale, la médecine légale, la détermination de la responsabilité de l'homme ivre, etc., sera lu avec le plus grand plaisir, même par ceux qui ne s'occupent pas spécialement des questions médicales.

Après la lecture du livre de M. Peeters, on serait presque tenté de se rallier aux conclusions des abstainers anglais : la tempérance est un leurre, l'abstinence complète est de rigueur. Paul Loye.

BIBLIOGRAPHIE

Un empoisonnement par la nitrobenzine (1); par le Dr H. Mehrer, Primarchirung à Lemberg (*Wiener medizinische Presse*, n° 1. 1885.)

X..., négociant, demanda vers dix heures du matin à être admis à l'hôpital : il déclarait s'être empoisonné par méprise. Il vint à pied, seulement accompagné d'une autre personne. L'intensité de la cyanose rendait son aspect effrayant. Jamais peut-être le mot cyanose n'avait été aussi à propos que dans ce cas. L'homme était positivement bleu; toutes les muqueuses visibles, au contraire, d'un noir d'ardoise. D'ailleurs, à part l'agitation, l'accélération du pouls, rien d'anormal à noter. Il fit la déclaration suivante : Environ une demi-heure auparavant, il se trouvait en visite chez un de ses parents, fabricant de savons; là, il trouva dans une chambre fermée une bouteille; la fine odeur que son contenu exhalait le lui fit prendre pour une liqueur, et il ne put résister à l'envie d'en boire une forte gorgée. Il évalue la quantité absorbée à une « pleine bouche ». Aussitôt après, il éprouva comme un sentiment d'anéantissement, des nausées, des vertiges et le besoin de se coucher. Il fit aussitôt du bruit, appela, criant qu'on lui donnât seulement quelque chose à manger, qu'il était épuisé par des douleurs d'entrailles qui le rongeaient. L'entourage, éclairé sur la nature de l'accident, lui fit prendre une grande quantité de lait et lui conseilla d'aller à l'hôpital : c'était le plus sûr chemin pour obtenir un prompt secours.

A la division interne où le malade fut reçu, je fus appelé en consultation par le Dr Witz (primarartz). Nous constatâmes ce qui suit : odeur frappante d'amandes amères s'exhalant de la bouche; cyanose à un haut degré, accélération du pouls, pupilles réagissant bien à la lumière, connaissance parfaitement normale; des nausées, mais pas de vomissements. L'idée qui s'imposa aussitôt à nous fut celle d'un empoisonnement par le cyanure de potassium, mais elle fut aussitôt rejetée, parce qu'on ne vient pas à pied à l'hôpital avec du cyanure de potassium dans l'estomac. Nous ne savions pas autre chose. Je proposai la pompe stomacale; cette proposition fut acceptée aussi bien par mes collègues que par le malade. A l'aide d'une sonde stomacale et d'un entonnoir d'Esmarch, par trois fois on poussa dans l'estomac du malade et on en fit sortir un litre d'eau; ensuite, on lui prescrivit un médicament indifférent, et on lui recommanda le repos. Le liquide évacué de l'estomac avait une odeur extraordinairement pénétrante d'amandes amères, et consistait en eau et grumeaux de lait caillé. Le malade resta encore à l'hôpital jusqu'au troisième jour de l'accident. Ce jour-là, les nausées avaient tout à fait cessé. Ainsi qu'il fut établi par la suite, le liquide ingéré était de la nitrobenzine, que l'on emploie à parfumer le savon.

Réflexions. — Ce cas est intéressant à deux points de vue. Pour être mortelle, la dose de ce poison doit s'élever de 8 à 10 gouttes; de plus, on dit, et cela est très remarquable, qu'elle reste de 1 à 2 heures sans manifester sa présence. Sous son influence apparaîtront de la torpeur, de la pesanteur de tête, des nausées, des coliques; ce n'est que plus tard que se montreront les convulsions, le tétanos, la cyanose, etc. (Real. *Encyclopédie*.)

Dans notre cas, la quantité ingérée était très grande par rapport à celle sus-indiquée, et malgré cela les symptômes ne furent pas alarmants. A part les troubles du système vaso-moteur, on n'eut à observer aucune manifestation nerveuse. De plus, les effets du poison se montrèrent aussitôt, et ce fut vraisemblablement une chance peur le malade, qui autrement n'eût pas recherché un secours immédiat. D'après l'évolution de ce cas, la confusion avec un empoisonnement par le cyanure de potassium ne serait guère possible que sur le cadavre. Dr G. Vivien.

(1) Voir *Un cas d'empoisonnement par la benzine* (*Progrès Médical*, n° 34, p. 144).

La Filaire de Médine (*Filaria medinensis*); par M. Belssoff. (*Le Médecin*, n° 33, Saint-Pétersbourg, 1885.)

Il s'agit d'un homme de 36 ans, nommé R. L., qui avait sur la malléole externe du pied gauche un ulcère peu profond, d'une forme irrégulière, grand comme une pièce de 5 francs, couvert de granulations. En dedans de cet ulcère on voyait se prolonger un cordon, assez dur au toucher, qui traversait sous les tendons la partie dorsale du pied et disparaissait, ensuite, près de son bord interne. Sur la face externe de la jambe droite, près de la rotule, se trouvait une tuméfaction large comme la paume de la main, molle au toucher, un peu douloureuse et recouverte de peau rougeâtre, sans aucune solution de continuité. Enfin, sur la face postérieure du cou, on apercevait une petite pustule purulente munie à son centre d'un orifice dont faisait saillie un petit bourbillon blanc. En bas, à gauche, et en avant de cette pustule se dirigeaient, suivant les fibres du muscle trapèze, plusieurs cordons durs, non douloureux, immobiles, semblables à ceux du pied gauche.

Dans les antécédents du malade l'auteur a relevé, entre autres, ce fait, qu'il habitait la ville de Bouchara pendant 5 mois; il était aussi pendant un certain temps à Taschkent. Or, ces deux villes appartenant à la partie de l'Asie où la Filaire de Méline est très fréquente, l'auteur, se fondant sur les migrations de ce parasite, a cru avoir affaire à celle-ci dans le cas actuel. Il tira, au moyen des pinces, le bourbillon blanc de la pustule du cou, et, après vingt minutes, le ver est sorti tout entier. L'extraction ne se

faisait pas toujours facilement; pour la faciliter il fallait introduire la partie mise en dehors dans l'eau tiède. La filaire avait 110 cent. de longueur. La tête manquait; elle a été, probablement, arrachée. Mis dans l'eau le ver continuait encore ses mouvements. De la partie correspondante à la tête sortait un liquide lactiforme qui, sous le microscope, accusait un grand nombre d'embryons.

J. ROUBINOVITCH.

Nécessité de l'accouchement antiseptique dans les centres populeux; par le Dr DEBACKER. — Paris, G. Masson, éditeur.

M. Le Dr Debacker, partisan convaincu de la méthode antiseptique, essaye à l'occasion d'une sorte d'épidémie puerpérale survenue dans le département du Nord, de vulgariser les idées qu'il a puisées près de ses maîtres, et dont l'application leur a donné les résultats les plus heureux.

Il passe en revue les travaux récents sur la nature de la fièvre puerpérale, et montre que la doctrine de la contagion s'impose aujourd'hui; la nécessité de pratiquer l'antisepsie rigoureuse avant, pendant et après l'accouchement en découle immédiatement. D'ailleurs les services qu'a déjà donnés l'emploi de cette méthode ne peuvent laisser subsister aucun doute sur sa valeur. Reste à savoir quels sont les antiseptiques auxquels il faut accorder la préférence. Après une revue rapide des principales substances employées, M. Debacker insiste sur l'acide phénique, le sublimé et le sulfate de cuivre; il donne la préférence au dernier qui, selon lui, réunit les avantages d'être un antiseptique puissant et un désinfectant instantané, d'être d'un maniement facile et d'un prix modéré, enfin de n'être jamais dangereux pour les malades. La solution au centième, préconisée par MM. Charpentier et Doléris, lui paraît préférable à tout autre liquide. Il insiste avec raison sur le manuel opératoire de la méthode en montrant bien que le principe ne peut porter ses fruits que par la vigueur et par la minutie de l'application; le succès tient encore beaucoup plus aux soins de détails à une vigilance incessants qu'au choix de la substance qui doit détruire les germes.

En somme, le travail de M. Debacker réunit bien l'état de la question et fait connaître les progrès les plus récents de la méthode antiseptique appliquée aux accouchements. Il montre qu'elle est utile, pratique, nécessaire comme il le dit, puisque partout elle donne les mêmes résultats, alors que son ignorance et son oubli causent des désastres. A ce titre, les travaux de ce genre rendent un véritable service et il faut savoir gré aux médecins assez convaincus pour appliquer rigoureusement les idées qu'ils se sont faites à l'école et assez actifs pour faire connaître les résultats qu'ils obtiennent en les mettant en pratique.

L. B.

VARIA

Concours de l'internat.

Nous avons raconté dans le dernier numéro du *Progrès*, les incidents qui ont signalé la première séance de ce concours. La composition écrite tirée au sort avait pour sujet : *Rapport de l'estomac et du duodénum; anatomie pathologique, symptômes et diagnostic du choléra asiatique.* Avant la séance ces questions étaient déjà connues de la majorité des concurrents. Dès le lendemain l'Administration recevait de quelques étudiants, une lettre accusant un des membres du jury, le Dr Gougenheim, médecin de l'hôpital Bichat, d'avoir indiqué aux élèves de son service, les questions qu'il se proposait de soumettre à la discussion de ses collègues. L'administration s'émut, avec raison, de ces bruits et appela sur eux l'attention des membres du jury. Ceux-ci se réunirent, firent entre eux une enquête et, à l'unanimité, protestèrent contre l'accusation dont l'un d'eux était l'objet.

Samedi dernier avant de commencer la lecture des copies M. Pozzi, président du jury, fit part de cette protestation aux étudiants; puis, il fit la lecture des noms des signataires : le nom de M. Gougenheim fut accueilli par les cris de « Démission » et la séance dut être levée et renvoyée à mardi. A la suite de ces faits, l'administration de l'Assistance publique fit aire, à son ur, une enquête, à laquelle prirent part MM. Nicaise, membre du conseil de surveillance, d'Echerac, inspecteur, etc. Il en serait résulté : que l'interne de M. Gougenheim, aurait avancé qu'il connaissait les deux sujets de composition (soit 4 questions) que son chef devait proposer; que, avant le tirage au sort, des candidats savaient que ces questions avaient des chances de sortir; que des chefs de conférences auraient donné les indications nécessaires pour bien traiter la question.

D'autre part, les externes du service de M. Gougenheim adressaient aux journaux la lettre suivante :

Les externes soussignés protestent contre l'accusation calomnieuse dont est l'objet leur chef de service, M. le Dr Gougenheim, accusé de leur avoir communiqué la question le matin à l'hôpital Bichat. Cette question a été si peu communiquée, que deux d'entre eux se sont retirés dès qu'elle a été proclamée (1).

Signé : PERNEL, MINART, externes; GROSSIER, SOMEIL, externes provisoires.

Le *Figaro* publiait le 13 la lettre suivante de M. le Dr Gougenheim :

Monsieur le Rédacteur,

Vous avez eu raison de vous demander, en citant les troubles du concours de l'internat des hôpitaux, à qui l'on ferait accroire que le Dr Gougenheim aurait commis l'acte qu'on lui reproche et je vous en remercie bien sincèrement. Le fait dont je suis accusé est une monstrueuse calomnie, éditée par une cabale aussi minime que bruyante.

Veuillez agréer, etc. Dr A. GOUGENHEIM, médecin de l'hôpital Bichat.

Le lundi 12, l'Administration faisait alors apposer dans tous les hôpitaux un avis ainsi conçu :

La première séance du concours de l'internat est remise à un jour qui sera ultérieurement indiqué par une affiche apposée dans chaque hôpital. — Paris, 13 octobre 1885.

M. Peyron, directeur de l'Assistance publique, en présence des résultats de l'enquête et de l'avis du jury déclarant lui-même qu'il fallait annuler la composition écrite, prit, avec raison, la décision suivante :

« Par arrêté en date du 14 octobre courant, les opérations du Concours ouvert le 7 octobre pour la nomination aux places d'internes vacantes au 1er janvier 1886 sont annulées. L'ouverture d'un nouveau Concours est fixée au lundi 19 octobre, à midi. MM. les élèves externes régulièrement inscrits sur le registre qui a été clos le 22 septembre dernier, seront seuls admis à prendre part au Concours annoncé par la présente affiche. »

En conséquence il a été procédé au tirage d'un nouveau jury; il est ainsi composé : MM. Joffroy, Oulmont, X. Gouraud, Reynier, Reclus, Champetier de Ribes et Blum.

Choléra.

Espagne. — On a constaté dans toute l'Espagne 250 cas et 103 décès, le 7 octobre; — 202 cas et 92 décès le 8 octobre; — Il y a eu à Jean 58 cas et 25 décès le 13 octobre. On nous signale à la même date, qu'à l'hospice d'aliénés de San-Randillo, près Barcelone, les médecins, les employés et les pensionnaires de l'hospice sont également atteints.

Italie. — On nous signale, à la date du 7 octobre qu'il y a eu dans la province de Palerme 13 cas et 4 décès, à Palerme même, 118 cas et 58 décès; — Dans les provinces de Ferrare, Gênes, Parme, Reggio, Emilia et Rovigo, 9 cas et 13 décès. Le 6 octobre, il y a eu : 15 cas et 11 décès, dans la province de Palerme et 103 cas et 58 décès dans la ville même; — Pour les provinces de Massa, Modène, Parme, Reggio, Emilia et Rovigo, le total a été de 16 cas et 10 décès. — Le 8 octobre, il y a eu 7 cas et 4 décès dans la province de Palerme, 94 cas et 47 décès dans la ville de Palerme; dans la province de Massa, Modène, Padoue et Parme, 11 cas, 6 décès. — Le 10 octobre, il y a eu 25 cas et 10 décès dans la province de Palerme, 84 cas et 42 décès dans la ville de Palerme; dans les provinces de Gênes, Massa, Parme et Rovigo, 9 cas et 2 décès. — Le 11 octobre, il y a eu 21 cas et 12 décès dans la province de Palerme dont 104 cas et 47 décès dans la ville de Palerme; dans les provinces de Gênes,

(1) Nous ferons observer que les deux externes provisoires qui ont signé cette lettre ne pouvaient être admis à concourir.

Massa, Parme et Rovigo, 11 cas et 6 décès.—Le 12 octobre, il y a eu 17 cas et 13 décès, dans la province de Palerme, 115 cas et 45 décès dans la ville de Palerme; dans les provinces de Ferrare, Massa, Modène, Parme et Rovigo, 6 cas et 1 décès. — Le 13 octobre, il y a eu 84 cas et 8 décès, dans la province de Palerme et 91 cas et 42 décès dans la ville de Palerme; dans les provinces de Massa, Alexandrie, Parme et Reggio, Emilia, 11 cas et 4 décès.

Faculté de médecine de Paris.

École pratique (année scolaire 1885-1886). *Exercices de dissection*, sous la direction de M. Farabeuf, agrégé, chef des travaux anatomiques. Les élèves de seconde année doivent, avant d'être admis à disséquer, subir l'examen préalable d'ostéologie. Ils sont invités à se faire inscrire dans le plus bref délai à l'Ecole pratique, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine, au bureau du Chef du matériel, de midi à 4 heures. Les démonstrations d'ostéologie commenceront le lundi 19 octobre. Les pavillons de dissection seront ouverts à partir du mercredi 4 novembre, tous les jours de midi à 4 heures. Les prosecteurs chefs de pavillon et les aides d'anatomie dirigent et surveillent les travaux des élèves. Ils font une démonstration quotidienne, dans chaque pavillon. — *A*. Les étudiants de 1re année ne prennent pas part aux travaux anatomiques. *B*. Les exercices de dissection sont obligatoires pour tous les étudiants de 2e et de 3e année : les inscriptions ne leur sont point accordées sans certificat de dissection, et ils ne peuvent être admis à subir le deuxième examen de doctorat (anatomie) s'ils n'ont disséqué 2 semestres d'hiver complet. *C*. Pour les autres étudiants et les docteurs, les exercices de dissection sont facultatifs. S'ils désirent y prendre part, ils devront se munir d'une autorisation du Doyen. — La mise en série sera faite dans l'ordre suivant : 1° Elèves obligés, 2e et 3e année (suivant la date de leur inscription à l'Ecole pratique). 2° Elèves non obligés et docteurs (suivant la date de leur inscription à l'Ecole pratique).

Nota. — Nul ne peut être admis à l'Ecole pratique d'anatomie s'il ne s'est fait préalablement inscrire au bureau du Chef du matériel et n'a reçu une carte d'entrée. Ce bureau, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine, sera ouvert tous les jours, de midi à 4 heures, jusqu'au 14 novembre. Pour recevoir une carte d'entrée, chaque étudiant devra présenter : 1° Sa feuille d'inscription mise à jour par le Secrétariat de la Faculté; 2° La quittance constatant le paiement des droits. Passé le 14 novembre, nul ne pourra être admis à l'Ecole pratique d'Anatomie sans une décision spéciale.

Médecine opératoire, sous la direction de M. Farabeuf, agrégé, chef des travaux anatomiques. — M. le Dr Tuffier, prosecteur, assisté d'aides d'Anatomie, fera, à partir du mardi 20 octobre 1885, une série de démonstrations opératoires suivies d'exercices pratiques. Ce cours ne pourra comprendre plus de 48 élèves. Il est spécialement destiné aux Etudiants que les circonstances obligent à passer prochainement leur examen pratique de médecine opératoire. MM. les Etudiants qui désirent suivre ce cours devront se présenter le plus tôt possible, à partir de lundi 12, à l'Ecole pratique, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine, de 1 heure à 4 heures, au bureau du Chef du matériel, qui leur donnera les renseignements nécessaires.

Assistance publique.

Amphithéâtre d'Anatomie (année 1885-1886). —MM. les Elèves internes et externes des hôpitaux sont prévenus que les travaux anatomiques commenceront le lundi 19 octobre, à l'Amphithéâtre de l'Administration, rue du Fer-à-Moulin, n° 17. Les cours auront lieu tous les jours, à quatre heures, dans l'ordre suivant : 1° *Anatomie topographique*— M. le Dr Tillaux, directeur des travaux anatomiques, les lundis et vendredis; 2° *Anatomie descriptive*. — M. le Dr Ricard, 1er prosecteur, les mardis et jeudis; 3° *Physiologie*. — M. le Dr Walther, 2e prosecteur, les mercredis et samedis. — 4° *Histologie*. — M. le Dr Armand Siredey, Chef du Laboratoire, les mardis et vendredis, à 2 heures. Le Laboratoire d'histologie sera ouvert aux Elèves pendant toute la durée des travaux anatomiques. Le Musée d'anatomie sera ouvert tous les jours, de une heure à quatre heures.

Ecole municipale d'infirmières de la Salpêtrière.

L'Ecole municipale d'infirmières de la Salpêtrière ouvrira ses cours professionnels, le jeudi 15 octobre à 6 heures du soir. L'Enseignement dirigé par M. le Dr Bourneville comprend les cours suivants : *Cours d'administration*, M. Le Bas; — *Eléments d'anatomie*, M. le Dr Gautiez; — *Eléments de physiologie*, M. le Dr P. Regnard; — *Pansements*, M. le Dr Poirier; — *Soins à donner aux femmes en couches et aux nouveau-nés*, M. le Dr Baudin; — *Hygiène*, M. le Dr Féré; — *Petite pharmacie*, M. Yvon.

Les dames qui veulent suivre les cours professionnels de la Salpêtrière, doivent se faire inscrire à l'hospice de la Salpêtrière, 47, boulevard de l'Hôpital, bureau de la Direction, de 8 heures du matin à midi.

Paris, le 8 octobre 1885 — *Le directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique*. E. Peyron.

Le Secrétaire général Brelet.

Service médical de nuit dans la ville de Paris.

Statistique du 1er aout au 30 octobre 1885, par le Dr Passant.

Arrondissements.	Hommes.	Femmes.	Enfants au-dessous de 3 ans.	Total.
1er	14	21	3	41
2e	23	23	3	49
3e	27	37	10	74
4e	29	49	15	93
5e	23	48	8	79
6e	23	29	8	60
7e	20	20	2	42
8e	10	12	1	23
9e	18	18	2	38
10e	22	33	3	58
11e	72	100	36	208
12e	29	38	16	83
13e	28	61	21	110
14e	37	71	30	138
15e	42	65	19	126
16e	20	23	6	49
17e	45	78	19	142
18e	47	106	26	179
19e	45	62	23	130
20e	53	95	37	185
	627	992	288	1907

Maladies observées.

Maladies	
A	
Angines et laryng.	101
Croup	30
Coqueluche	3
Corps étranger de l'œsophage	1
Otite	1
B	
Asthme	30
Affections du cœur.	41
Bronchites aiguës et chroniques	67
Pleuro-pneumonie.	41
Congestion pulmonaire	23
C	
Affections et troubles gastro-intestinaux	202
Cholérine	86
Dysenterie	6
Athrepsie	32
Coliques hépatiques, néphrétiques, saturnines.	77
Hernie étranglée	19
Rétention d'urine	21
Orchite	3
Chute du rectum	1
D	
Métrite. Métro-péritonite	47
Métrorrhagie	49
Fausse-couche	44
Accouc. Délivrance	231
Accouc. non term	43

Maladies	
E	
Affect. cérébrales, Paralysies	98
Eclampsie. Convuls.	58
Névralgies	26
Névroses	64
Epilepsie	13
Aliénation mentale.	9
Alcoolisme. Delirium tremens	15
Catalepsie	1
Tétanos	2
F	
Rhumatisme	14
Affections éruptives	45
Fièvre intermitt.	3
Fièvre typhoïde	35
Hémorrhagies de causes internes et externes	83
G	
Plaies. Contusions.	111
Fractures. Luxations. Entorses	34
Brûlures	4
Empoisonnements	16
Asphyxie par le charbon	8
— submersion.	2
Suicide	5
H	
Mort à l'arrivée du médecin	62
Total	1907

La moyenne des visites par nuit est de 20 72/100.
Pour le trimestre correspondant de l'an dernier, elle était de 24 86/100.
Les hommes entrent dans la proportion de 23 0/0.
Les femmes — — de 52 0/0.
Les enfants au-dessous de 3 ans, 15 0/0.

Visites du 3e trimestre de 1884		2.446
—	— 1885	1.907
Différence en plus.		539

Un remède contre le flux du ventre, 22 octobre 1578.

« Cedict jour, pour la grande multistude de pauvres mallades qui afflue audict Hostel-Dieu de malladie de flux de ventre, dit que la relligieuse qui a charge de l'appoticairerie avec le médecin dudict Hostel Dieu, ont remonstré qu'il convenoit de la destourner *avec du vin*. La Compaignie a ordonné que le cellerrier dudict Hostel Dieu baillera tous les jours à l'appoticairerie dudict Hostel Dieu trois choppines de vin pour ce faire par chascun jour jusques à ce que aultrement il soit ordonné par la Compaignie dès que la maladie fust cessée. » (1).

Enseignement médical libre.

Cours d'accouchements. — M. le Dr Verrier, recommencera un nouveau cours le lundi 19 octobre. Il insistera sur la pratique du toucher, du palper, et de l'auscultation. Des sujets intéressants seront à la disposition de MM. les élèves. *Parallèle raisonné entre les anciens et les nouveaux instruments; opérations obstétricales*. — S'adresser pour les autres renseignements, à M. Verrier, 129, rue Saint-Honoré, de 1 heure à 3 heures.

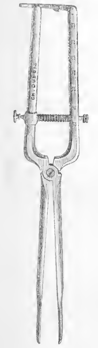
(1) Communiqué par A. Rousselet — *Extr. des Arch. de l'Ass. publique. (Registre des délibérations de l'Hôtel-Dieu*, reg. 5.)

Cours d'accouchement. — MM. les Drs P. Bar et Auvard, commenceront leur cours d'accouchement complet en 42 leçons, le vendredi 6 novembre à 4 h. 1/2 du soir. Le cours a lieu tous les soirs à 4 h. 1/2, 5, rue du Pont-de-Lodi. MM. les étudiants sont exercés aux manœuvres obstétricales.

Pour les renseignements et pour se faire inscrire s'adresser : soit à M. le Dr Bar, 4, rue Saint-Florentin, soit à M. le Dr Auvard, 21, rue de Lille, les lundi, mercredi et vendredi à 1 h. 1/2.

INSTRUMENTS ET APPAREILS

Dilatateur élastique gradué du col de l'utérus (1).


Fig. 94.

M. Henri Hamon a fait fabriquer par M. Ch. Dubois, un dilatateur élastique gradué du col de l'utérus basé sur ce principe de mécanique : La résistance dans le levier, égale la puissance divisée par le rapport inverse de la longueur des deux bras de leviers.

La résistance est ici la force à supporter par le col, la puissance est donnée par un ressort à boudin dont la force est marquée en kil. sur la tige qui le traverse selon sa longueur, et le rapport de la longueur des deux bras de leviers est inscrit sur le manche de l'instrument en dixièmes. On peut donc à tous moments de l'opération savoir quelle force en kilogr. et grammes agit sur le col en divisant le poids indiqué par le ressort par la fraction indiquée sur le manche de l'instrument.

Cet instrument a sur les procédés anciens les avantages d'être plus sûr, plus mathématique, et moins dangereux que les corps hygrométriques, éponges ou laminaria et en même temps plus rapide que les bougies graduées tout en étant aussi inoffensif. Dilatateur élastique du Dr Henri Hamon pour le canal cervico-utérin en dehors de l'état puerpéral.

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 4 octobre au samedi 10 octobre 1885, les naissances ont été au nombre de 1272 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 466; illégitimes, 144. Total, 610. — *Sexe féminin* : légitimes, 487 ; illégitimes, 175. Total, 662.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 4 octobre au samedi 10 octobre 1885, les décès ont été au nombre de 823, savoir : 435 hommes et 388 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 13. F. 8. T. 21. Variole : M. 2, F. 1, T. 3. — Rougeole : M. 4, F. 6, T. 10. — Scarlatine : M. 2, F. 3 T, 5. — Coqueluche : M. 1, F. 2. T. 3. — Diphthérie, Croup : M. 17 F. 9, T. 26. — Dyssenterie : M. 1, F. 0, T. 1. — Erysipèle : M. 1, F. 2 T. 3. — Infections puerpérales : 5. — Autres affections épidémiques : M. ., F. ., T. .. — Méningite tuberculeuse et aiguë. M. 20 F. 8, T. 28. — Phthisie pulmonaire : M. 91, F. 59. T. 150. — Autres tuberculoses : M. 11, F. 13. T. 24. — Autres affections générales : M. 20, F. 36. T. 56. — Malformations et débilité des âges extrêmes : M. 17, F. 26, T. 43. — Bronchite aiguë : M. 5, F. 7, T. 12. — Pneumonie : M. 26, F. 18, T. 44. — Athrepsie : M. 39, F. 32. T. 71. — Autres maladies des divers appareils : M. 144, F. 130, T. 274. — Après traumatisme : M. ., F. ., T. .. — Morts violentes : M. 20, F. 1. T. 21. — Causes non classées M. 9, F. 13, T. 22.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 83 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 30; illégitimes, 19. Total : 49. — *Sexe féminin* : légitimes, 28 ; illégitimes, 6. Total : 34.

Faculté des sciences de Caen. — Un congé pendant l'année scolaire 1885-1886 est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Puchot, préparateur à la Faculté des sciences de Caen.

Faculté des sciences de Lyon. — M. Vautier, licencié ès sciences, est maintenu, pendant l'année scolaire 1885-1886, dans les fonctions de chargé de conférences de physique à la Faculté des sciences de Lyon.

Faculté des sciences de Marseille. — M. l'abbé Aousi, professeur de calcul différentiel et intégral à la Faculté des sciences de Marseille est nommé, sur sa demande, professeur honoraire, à partir du 1er novembre 1885.

(1) Présenté à l'Académie de médecine le 29 septembre 1885.

Faculté de médecine de Montpellier. — Sont chargés des cours complémentaires ci-après désignés, pendant le 1er semestre de l'année scolaire 1885-1886, à la Faculté de médecine de Montpellier, MM. les agrégés dont les noms suivent : MM. Ville, chimie ; Girard, physique ; Granel, histoire naturelle ; Garimond, accouchements. Sont chargés des cours ci-après désignés à la Faculté de médecine de Montpellier, pendant le 2e semestre de l'année scolaire 1885-1886, MM. les agrégés dont les noms suivent : MM. Blaise, pathologie médicale ; Serre, pathologie chirurgicale ; Bimar, physiologie ; Carrieu, anatomie pathologique et histologie. MM. Garymond et Gayraud, agrégés de la Faculté de médecine de Montpellier, sont rappelés à l'exercice pendant l'année scolaire 1885-1886.

Nécrologie. — M. Henri Magne, ancien directeur de l'école d'Alfort est décédé le 27 août ; il était né le 15 juillet 1804. Il avait été nommé le 23 avril 1838 après concours, professeur d'hygiène et d'éducation des animaux domestiques. — On annonce la mort Des Drs Séverin (de Saint-Jullien), L. Papillaud (de Saujon).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Publications du Progrès médical.

Catsaras (M.). **De la curabilité de la sclérose en plaques.** Brochure in-8 de 11 pages. — Prix : 50 cent. Pour nos abonnés. . . . 35 cent.

Comby (J.). — **De la dilatation de l'estomac chez les enfants.** Br. in-8 de 39 pages. — Prix : 1 fr. 25. — Pour nos abonnés. . . . 0 fr. 85 c.

D'Olier (H.). — **De la coexistance de l'hystérie et de l'épilepsie avec manifestations distantes des deux névroses (hystéro-épilepsie à crises distinctes).** Brochure in-8 de 39 pages. — Prix : 1 fr. 25. — Pour nos abonnés. . . . 0 fr. 85 c.

Féré (Ch.) **Contribution à l'étude des troubles fonctionnels de la Vision par lésions cérébrales.** (Amblyopie croisée et Hémianopsie). Un vol. in-8° de 241 pages. Paris, 1882. — Prix 3 fr. 50. — Pour nos abonnés. . . . 2 fr. 50 c.

Saric (Ch.). — **Nature et traitement de la chorée.** Volume in-8 de 65 pages. — Prix : 2 fr. 50. — Pour nos abonnés : 1 fr. 70.

Librairie J.-B. BAILLIÈRE et Fils, 19, rue Hautefeuille.

Duval (E.). — Des diverses déviations de la colonne vertébrale (Scolioses et mal de Pott). Brochure in-8 du 51 pages, avec 13 planches hors texte. — Prix : 2 fr. 50.

Librairie A. COCCOZ, 11, rue de l'Ancienne-Comédie.

Seure (J.). — Dyspepsie et dyspepsiques. Etude pratique sur les maladies de l'estomac et des organes digestifs dans leurs rapports avec la dyspepsie. Traitement alimentaire. Médication proprement dite. Volume in-8 de 512 pages. — Prix : 7 fr.

Aumerat. — L'anti-sémitisme à Alger. Volume in-8 de 224 pages. — Alger, 1885. — Imprimerie Pezé.

13e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. II. No 43 BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 24 OCTOBRE 1885.

Le Progrès Médical

CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIQUES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE. — **M. H. LELOIR.**

Leçons sur la Syphilis (1);

Professées à l'hôpital Saint-Sauveur.

HUITIÈME LEÇON

SOMMAIRE : *Chapitre III. Du syphilôme primaire (Chancre syphilitique, Suite). Complications du chancre.* Les *complications du chancre* sont rares en somme. Moins fréquentes chez la femme que chez l'homme. — *Inflammation* : légère, compliquée de phimosis ; — lymphangitique, érysipélateuse, phlegmoneuse. — *Œdème* mou.— Œdème dur : Ses complications, son traitement. — *Gangrène.* — *Phagédénisme.* — Il est rare. — Il peut être cause d'erreurs de diagnostic. — Parallèle du phagédénisme du chancre simple avec celui du chance infectant. — Cicatrices consécutives. — *Catarrhe* érosif ou non des muqueuses. — *Eczéma.* — *Herpès.* — Ses variétés. — *Folliculites.* — *Troubles fonctionnels* dépendant du siège du chancre. — *Ulcérations post-cicatricielles.* Récidives du chancre. — *Chancre redux.* Le chancre redux (de la période dite primaire) peut être un syphilôme résolutif ou non. Il simule absolument le chancre. Description, importance. — *Indurations secondaires ou de voisinage,* par propagation ou à distance. Leur description. Elles peuvent être résolutives ou non. Elles peuvent simuler le chancre. Leur nature. Comparaison des chancres redux, des indurations secondaires, avec le *pseudo-chancre induré des sujets syphilitiques.* Ces différentes lésions (chancre redux, indurations secondaires, pseudo-chancre induré) seraient parfaitement réunies sous le titre : « *syphilômes chancriformes* ». — Avantage de cette dénomination. — *Considérations générales sur les syphilômes chancriformes* au point de vue de leur évolution, de leur aspect, de leur nature, etc., etc. Ils peuvent se montrer tôt ou tard, être non résolutifs ou résolutifs. L'apparition des syphilômes chancriformes des périodes tardives semble annoncer parfois un réveil de la diathèse. Exemples. Importance de la connaissance des syphilômes chancriformes au point de vue de la pathologie générale de la syphilis. — Du *chancre mixte.* Ses variétés.

COMPLICATIONS DU CHANCRE.

Messieurs,

D'une façon générale on peut dire que les complications du chancre infectant sont rares. Elles sont moins fréquentes chez la femme que chez l'homme (Fournier) et cela se conçoit au point de vue des organes génitaux tout au moins ; puisque la femme ne peut pas présenter les complications du phimosis et du paraphimosis. Le chancre induré, surtout lorsqu'il est mal soigné, irrité par des cautérisations intempestives, la matière fécale, l'urine, la saleté, etc., peut s'*enflammer*. L'inflammation peut être légère et s'annoncer seulement par une teinte un peu plus rouge, un peu plus vineuse du chancre, par le gonflement, la tension des tissus et l'apparition d'une douleur plus ou moins vive. Vous en avez pu voir dernièrement plusieurs exemples dans notre salle des vénériens et constater combien l'engorgement inflammatoire qui entoure le chancre dans ces cas-là, diffère par sa consistance pâteuse de l'induration de dureté cartilagineuse que l'on perçoit en palpant le syphilôme.

Cette inflammation peut être la cause d'un phimosis inflammatoire. Ce phimosis est surtout accentué lorsque le chancre siégeant au niveau de l'orifice préputial vient rétrécir encore davantage ce prépuce atteint de phimosis congénital. Qu'il soit simplement inflammatoire ou chancreux, ce phimosis produit souvent des balanites et balano-postites. Dans les cas légers ce sera une balano-postite érosive ou ulcéreuse. Dans des cas plus intenses, ainsi que vous l'avez vu chez un malade de notre salle des vénériens (no 1 *Recueil d'observations*, hommes) ce pourra être une balano-postite gangreneuse avec pénitis pouvant même menacer la vie du malade. Parfois, surtout chez l'homme, l'inflammation peut devenir lymphangitique, érysipélateuse, phlegmoneuse et même ulcéro-gangreneuse, etc. Ces lésions ont été bien étudiées par Mauriac dans divers mémoires auxquels je vous renvoie.

Vous avez vu souvent, soit dans notre salle des vénériens, soit dans notre salle des vénériennes, le chancre infectant des organes génitaux, être compliqué d'un œdème mou parfois très prononcé et pouvant donner à la verge les aspects les plus extraordinaires (pénis en battant de cloche, en vrille, etc.) Cet œdème mou n'est d'ailleurs pas spécial au chancre des organes génitaux, il existe aussi dans les chancres de l'œil par exemple et peut gêner considérablement la vision comme j'en ai vu plusieurs beaux exemples, il y a quelques années, dans le service du professeur Fournier à Saint-Louis. Mais cet œdème, lorsqu'il persiste, finit par déterminer dans le tissu conjonctif sous-cutané des lésions histologiques aboutissant à l'œdème dur. Cet œdème dur siège surtout aux organes génitaux. Chez la femme il tuméfie les petites et les grandes lèvres, surtout ces dernières, et donne à la peau de ces régions un aspect rugueux analogue à celui de la peau d'une orange à gros grains, ou à certaines variétés de faux éléphantiasis des membres inférieurs dont il se rapproche d'ailleurs au point de vue anatomo-pathologique. Il en existe encore en ce moment plusieurs cas dans notre salle Saint-Côme. Je vous en présente un beau moulage dû au talent de M. Havrez (no 118 du *Recueil d'observations*, femmes). Chez l'homme on voit plus rarement survenir cet *œdème* dur. Cependant vous avez pu l'observer assez souvent chez des malades dont le chancre se compliquait de paraphimosis ; dans certains cas il constituait de magnifiques jabots sous-préputiaux (Mauriac), dont voici encore d'excellents moulages faits par M. Havrez. Ces œdèmes durs qui ont été bien étudiés en 1878 chez la femme par A. Martin, sont excessivement persistants. Pour se débarrasser de la gêne qui en résulte, les malades réclament souvent l'intervention chirurgicale. Leur traitement est des plus difficiles. Toutefois, dans quelques cas, les scarifications, surtout les scarifications au moyen du galvano-cautère de Besnier et la compression élastique m'ont donné de bons résultats. Cet œdème peut, par formation de brides ou anneaux cicatriciels, déterminer des phimosis ou paraphimosis persistants, ulcéreux ou non ulcéreux. Je vous en ai expli-

(1) Voir *Progrès médical*, nos 11, 12, 16, 17, 20, 21, 25, 27, 29, 33, 35, 38 et 41.

qué le mécanisme sur quelques malades de nos salles des hommes (1).

Le chancre infectant devient parfois *gangréneux*. Cette complication paraît surtout fréquente chez les alcooliques. Elle peut ne porter que sur le syphilôme, ou envahir quelquefois les tissus ambiants. L'eschare une fois éliminée, la solution de continuité se répare comme une plaie simple. Nous en avons eu un cas cette année dans notre salle des vénériens.

Le chancre infectant peut devenir *phagédénique*. Cette complication est plus rare que celle de la gangrène. C'est une complication rare comme l'a dit Ricord. Elle se rencontre surtout lorsque le chancre s'est développé chez un sujet dont la constitution est délabrée par l'âge, par l'alcoolisme, les excès, la grossesse, le diabète, etc. Comme l'a bien dit Basserau, ce n'est pas la graine mais le terrain qui fait le phagédénisme. Notons en passant que lorsque l'on se trouve en présence d'un chancre phagédénique, il faut toujours se méfier du chancre mixte (Rollet). Ce phagédénisme peut être serpigineux ou térébrant, il peut être pultacé, diphthéroïde, et il se complique parfois d'hémorrhagies graves. Ainsi que l'a bien fait remarquer Ricord, le phagédénisme peut occasionner parfois des erreurs de diagnostic, car il mange l'induration. Diday et Doyon (*Annales de dermatologie, annotations à la syphilis bactérienne de Neisser*, 1884) disent : « nous avons observé depuis longtemps que, lorsque le chancre est phagédénique, l'éclosion des accidents secondaires n'a parfois lieu qu'à un terme très éloigné, à un moment où on ne les attendait plus. Dans ce cas, le phagédénisme aurait-il détruit ou empêché l'éclosion d'une partie des germes et retardé ainsi l'infection générale ? » Le phagédénisme n'est pas spécial au chancre infectant des organes génitaux, Fournier l'a signalé au niveau des chancres infectants du sein, Heurteloup à la langue, Mauriac à la lèvre inférieure, etc. De même que pour la gangrène, il ne faut pas oublier que les délabrements et les cicatrices consécutifs au phagédénisme ne sont pas en rapport avec ce que l'on pouvait craindre devant l'aspect de l'ulcération gangréneuse. La gangrène et le phagédénisme dans le chancre infectant, mangent surtout le syphilôme.

Notons, en terminant, que le phagédénisme du chancre infectant, lequel d'ailleurs est rare, je le répète, se laisse heureusement modifier par le mercure, contrairement au phagédénisme du chancre simple (chancrelle) lequel est beaucoup plus fréquent, et chez lequel l'emploi du mercure est dangereux (2).

Le chancre infectant se complique parfois de *catarrhe* érosif ou non des muqueuses (balano-postite, vulvite), ou d'eczéma du tégument voisin chez les sujets prédisposés.

Une complication fréquente du chancre, complication qui vient parfois rendre le diagnostic plus difficile et même masquer complètement le chancre infectant, c'est l'*herpès*. Cet herpès peut être un herpès préputial, vulvaire ou labial, etc.; il peut être isolé, discret ou confluent. Dans certains cas, cet herpès peut être d'une confluence excessive et couvrir les régions génitales et péri-génitales d'une éruption des plus denses. Je vous en ai montré chez des femmes quelques exemples l'année dernière dans nos salles Saint-Henri et Saint-Côme. Cet herpès est quelquefois hémorrhagique et peut même devenir ulcéreux et gangréneux. Le professeur Fournier a signalé l'herpès vulvaire et péri-vulvaire comme symptomatique du chancre infectant du col.

Enfin, ainsi que vous avez pu le voir quelquefois dans le service, le chancre infectant se complique parfois de lésions de *glandes tégumentaires* d'un diagnostic des plus délicats, je ne puis insister sur ce point dont je vous ai souvent parlé dans mes cliniques.

Le siège spécial du chancre infectant peut être une cause de véritable complication par suite de *troubles fonctionnels* ou autres qu'il détermine dans son voisinage. Je me bornerai à vous signaler l'œdème, l'iritis (Fournier), la conjonctivite purulente (Galezowski), la destruction du sac lacrymal (Desmarres), etc., dans les chancres de l'œil. La dysphagie dans certains chancres de la bouche et de la gorge. Les douleurs excessives dans l'acte de la défécation dans certains chancres de l'anus. Daniel Mollière et Julien ont signalé quelques cas de rétrécissement du rectum consécutifs à des chancres infectants, qui paraissaient provenir de la sclérose ayant succédé à la résoption du syphilôme.

Le chancre une fois cicatrisé, on voit parfois se produire au niveau de la cicatrice une nouvelle ulcération. Je laisse de côté le cas où cette érosion est de nature banale : érosion simple, érosion herpétique, ou chancrelleuse (1). Mais parfois, quelque temps après cicatrisation faite du chancre, on voit celui-ci se rouvrir et apparaître de nouveau avec tous ses caractères. Cette récidive du chancre a été niée par Ricord (*Leçons sur le chancre*, p. 143) : « la cicatrice une fois faite le chancre ne se reproduit plus ; si plus tard un nouveau chancre se montre sur le même point, on peut affirmer qu'il est le résultat d'une contagion nouvelle ». Elle a été cependant signalée, il y a longtemps déjà, par Hunter, puis étudiée d'une façon plus complète par Bassereau et surtout par Clerc (*Traité des maladies vénériennes*, page 72). Mais c'est surtout Fournier qui en a fait une description détaillée, à laquelle je vous renvoie pour les détails (Fournier, *Etude clinique sur l'induration syphilitique; Archives de médecine*, novembre 1877). Voici ce qui se passe : En général, une douzaine de jours après la cicatrisation complète du chancre, et le fait s'observe surtout au niveau des chancres à induration exubérante (Fournier), on voit le chancre s'ulcérer de nouveau. Dans certains cas même, on voit l'induration augmenter encore la cicatrice une fois faite. Cette ulcération présente tous les caractères de l'ulcération ou de l'érosion du chancre. C'est, comme l'ont dit à Fournier certains malades, le chancre qui revient. Selon Fournier, ce chancre redux serait un phénomène spontané. Dans quelques faits que j'ai observés, le traumatisme simple (coït exagéré) ou des irritations pathologiques

(1) L'œdème dur lymphangitique n'est pas spécial au syphilome primaire. Les syphilomes secondaires des organes génitaux, de l'œil, etc., peuvent également se compliquer d'œdème dur. Il en est de même de certains syphilômes de périodes tardives. Ici encore nous voyons des complications semblables survenir dans le voisinage des syphylômes des différentes périodes.

(2) Le phagédénisme du chancre infectant est l'analogue du phagédénisme de certaines gommes. C'est encore une complication commune aux syphilomes des différentes périodes pourvu qu'ils soient non résolutifs.

(1) Ricord considérait ces réapparitions de l'ulcération chancreuse, comme des chancres simples greffés sur des indurations de chancre infectant cicatrisé. J'en ai observé un beau cas il y a quelques années dans le service du professeur Fournier. Le nommé G., Louis, 27 ans, bijoutier, entre le 31 mars 1883, lit nº 62 de la salle Saint-Louis. Il a eu en 1875 un chancre infectant du frein suivi de syphilides, etc..., en 1880 nouveau chancre du gland. En mars 1882, chancrelle (inoculation positive) survenue exactement à la place du premier chancre.

(balanite eczémateuse) m'ont paru favoriser cette nouvelle érosion. Ce chancre redux peut être simplement érosif.

Dans d'autres cas, le syphilôme peut devenir non résolutif, s'ulcérer, et simuler même une véritable ulcération gommeuse. L'ulcération, dit Fournier, peut parfois « être nettement entaillée, présenter des bords nettement coupés à pic; elle figure comme une sorte de puits dans le noyau de l'induration.... son fond est irrégulier, inégal, chagriné, vermoulu.... Cette plaie sécrète un liquide sanieux plutôt que purulent, mal lié, diffluent et chargé de détritus organiques »; plus loin, Fournier nous dit, page 525 « l'induration peut parfois se creuser au point de figurer une caverne au centre du noyau.... » Comme cette description de Fournier rappelle la description de l'ulcère gommeux !

Dans ce que Fournier appelle chancre redux avec ramollissement profond de l'induration et dont j'ai vu il y a quelque temps un exemple remarquable, je trouve encore une analogie frappante avec la gomme, avec la gomme ouverte en écumoire, et dont les produits s'éliminent par de nombreux orifices.

Je ne veux pas insister davantage; il résulte des faits précédents auxquels je pourrais en adjoindre quelques-uns des plus curieux, dont je vous ai déjà parlé d'ailleurs, que, à la période dite primaire, le chancre redux peut être non résolutif et singer complètement la gomme; de même que le chancre infectant, que le premier syphilôme, ainsi que nous l'avons vu. La description du chancre dit redux est donc absolument comparable à celle du chancre infectant. Comme ce syphilôme primaire, le chancre redux peut être simplement érosif, résolutif. Comme lui, il peut dans certains cas être non résolutif et ulcéreux, et cela par nécrose partielle, ou par nécrose totale du néoplasme. Ces chancres redux peuvent se cicatriser plus ou moins vite. Ils durent parfois plusieurs septennaires. En général, ils ne sont pas accompagnés d'adénopathie ou l'adénopathie antérieure n'est pas augmentée par leur apparition. Ils peuvent être parfois successifs. Ils sont infectants.

Il se produit parfois, dans le voisinage du chancre cicatrisé, des indurations de voisinage ou satellites décrites par Fournier dans le mémoire précité. Tantôt elles ne sont que le développement et l'extension de proche en proche de l'induration première. Ce sont les indurations envahissantes signalées par Ricord et étudiées par Rollet dans l'article Chancre du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, page 346. D'après la description de cet auteur, vous verrez qu'elles ne sont autre chose vraisemblablement que des lymphites indurées en plaques ou en cordons. Dans d'autres cas, elles se montrent à distance du premier chancre. Ces indurations sont indépendantes du chancre primitif. Elles siègent surtout au niveau du repli balano-préputial. Elles peuvent s'excorier et simuler à s'y méprendre un chancre érosif. Elles peuvent s'ulcérer et simuler un chancre ulcéreux par ramollissement partiel ou total du néoplasme. Elles peuvent se montrer quelques semaines après l'apparition du chancre; elles peuvent se montrer plus tard. Ce ne sont en somme, comme vous le voyez, que des syphilômes successifs chancriformes. Fournier a remarqué qu'elles coïncidaient constamment avec des lymphangites indurées. Ce ne sont donc peut-être en somme que des syphilômes primaires lymphangitiques résolutifs ou non, analogues aux lymphangites gommeuses si bien étudiées par M. Verneuil et par mon maître Lailler. Vous en trouverez une description anatomique succincte dans les leçons de Cornil sur la syphilis, page 47, et dans un mémoire de Verson, publié en 1869 dans les *Archives de Virchow*.

Vous voyez donc encore que, dès le début de la syphilis, il peut se montrer des syphilômes non résolutifs pouvant singer la gomme dans ses divers aspects. Réciproquement je vous ai déjà dit et montré plusieurs fois que dans les périodes tardives de la vérole (périodes dites tertiaires) il peut survenir du côté des organes génitaux des syphilômes singeant à s'y méprendre le syphilôme primaire, le chancre. Ces syphilômes singent le chancre non ulcéré, le chancre érosif; ils sont résolutifs, ils restent secs, comme d'autres lésions cutanées et muqueuses des périodes tardives de la syphilis d'ailleurs.

Je n'insiste pas davantage sur l'importance de ces faits dont vous avez pu voir de nombreux exemples dans nos salles. Ils vous montrent que le syphilôme primaire peut singer les syphilômes des périodes les plus tardives de la vérole, les gommes ulcérées; et que réciproquement dans les périodes les plus tardives de la vérole il peut se montrer des syphilômes résolutifs singeant à s'y méprendre le chancre. Ces faits sont d'une importance majeure au point de vue de la pathologie générale de la syphilis et viennent encore à l'appui de ce que je vous ai dit dans ma première leçon (1).

Le chancre syphilitique peut parfois être compliqué par la présence d'une chancrelle ou chancre simple. C'est le *chancre mixte* décrit en premier par Rollet et dont vous avez pu, cette année, voir de beaux exemples dans notre salle des hommes (salle des vénériens). Ce chancre mixte peut tantôt se présenter sous forme d'un chancre infectant dont le centre est peut-être plus

(1) Ces syphilômes auxquels je donne comme au chancre redux et à certaines indurations de voisinage le nom de *syphilômes chancriformes* ont été étudiés par Fournier (archives de médecine, 1868) et Hutchinson sous le nom de pseudo-chancre induré des sujets syphilitiques. Je propose l'expression de *syphilôme chancriforme*, car elle me paraît éviter toute erreur d'interprétation et indiquer de suite qu'il ne s'agit pas là de chancre véritable, mais de syphilôme simulant le chancre infectant et pouvant se montrer dans les périodes diverses de la syphilis et non pas seulement là où siégeait l'accident primitif. Qu'ils se montrent tôt ou tard, qu'ils se montrent là où siégait le chancre infectant ou ailleurs, ce ne sont toujours que des « *syphilômes chancriformes.* » Je vous en parlerai plus longuement à propos des syphilides cutanées et muqueuses. Je vous en ai d'ailleurs déjà parlé souvent dans mes cliniques et vous savez que j'ai conseillé à l'un de mes élèves, M. Declercq, de faire une thèse sur ce sujet.

Ce pseudo-chancre induré des sujets syphilitiques ne s'ulcère pas primitivement. Dans cette variété de syphilôme chancriforme l'érosion ou l'ulcération est secondaire à l'induration contrairement à ce qui se passe pour le syphilôme primaire, pour le chancre infectant. Cela tient peut-être à ce que, chez ce dernier, le virus a pénétré dans les tissus par inoculation, qu'il vient du dehors; tandis que dans les syphilômes chancriformes la lésion n'est certainement que la manifestation locale d'un état général, le virus vient du dedans. Chose curieuse et dont l'importance semble avoir échappé aux auteurs, l'apparition de cette variété de syphilôme chancriforme (pseudo-chancre induré des syphilitiques) coïncide souvent avec l'apparition d'autres manifestations syphilitiques: poussées de syphilide cutanée ou muqueuse, céphalée, et même parfois fièvre .. On dirait que le virus demeuré latent pendant une période plus ou moins longue annonce son réveil par l'apparition de ce syphilôme chancriforme lequel est parfois suivi d'autres manifestations syphilitiques diverses. J'ai observé de ceci plusieurs exemples remarquables qui seront publiés dans la thèse de M. Declercq. J'ai vu ces syphilômes chancriformes se montrer en plein traitement syphilitique. Vous concevez comment il se fait que ces syphilomes chancriformes aient pu être pris pour de véritables chancres infectants et qu'il faut toujours se méfier des syphilômes chancriformes dans les prétendues syphilis doublées. Remarquons en terminant que, dans ces syphilomes chancriformes, une des principales causes d'erreur de diagnostic est leur *siège génital.*

ulcéré et plus vermoulu. Tantôt, au contraire, il se présente sous forme d'une chancrelle des plus caractéristiques qui évolue normalement sans rien présenter dans son évolution qui puisse faire songer à la vérole. Puis un beau jour cette chancrelle, qui était même sur le point de se cicatriser, change d'aspect, elle s'indure, elle prend un aspect papuleux, le syphilôme primaire apparaît. Vous en avez vu l'année dernière un exemple intéressant chez le nommé F... (N° 38 du *Recueil d'observations*. Hommes.)

Le chancre mixte peut présenter les différents modes d'origine suivants : Ou bien les deux virus ont été déposés simultanément et, dans ce cas-là, ce sera le chancre simple qui se montrera d'abord et qui plus tard seulement prendra les caractères du chancre infectant. Ou bien il s'agit d'un chancre infectant contaminé par le virus du chancre simple, c'est un syphilôme primaire chancrellisé. Ou bien ce peut être une chancrelle sur laquelle le virus syphilitique aura été déposé, c'est la chancrelle syphilisée. N'oubliez pas que ce chancre mixte peut devenir phagédénique et que ce phagédénisme peut être grave comme le phagédénisme du chancre simple. Enfin n'oubliez pas qu'un chancre induré d'aspect vulgaire peut être un chancre mixte (Rollet). — Inoculez toujours dans le doute ; ne vous abstenez pas (1).

PATHOLOGIE INTERNE

Des pneumonies tuberculeuses ; De leur évolution sous l'influence du bacille (2) ;

Par M. L. THAON.

Il est un certain nombre de détails de l'histoire pathologique de la phthisie pulmonaire qui restent encore un peu obscurs. On connaît assez incomplètement les stades initiaux des lésions pulmonaires, les relations du tubercule avec l'inflammation, le mode d'attaque des éléments histologiques par le bacille et les transformations successives qu'il amène dans ces éléments.

Pour éclaircir ces questions, nous avons mis à profit les tuberculoses expérimentales, sous toutes leurs formes. En y ajoutant l'examen d'une série de pièces anatomo-pathologiques, empruntées aux espèces animales les plus variées et en disposant de certains hasards heureux de l'anatomie pathologique infantile, nous avons réuni des matériaux suffisants pour étayer les conclusions qui découleront de ce travail.

Pour provoquer de la tuberculose pulmonaire suraiguë, il n'y a qu'à s'adresser au cobaye; ce réactif si précieux de la tuberculose. A l'aide de pulvérisations de crachats tuberculeux, émulsionnés d'eau et pratiquées pendant une semaine, matin et soir, pendant un quart d'heure, on amène la mort de ces animaux en 12 ou 14 jours. Cette issue est inévitable par cette méthode et le dernier jour les cobayes sont en proie à une dyspnée extrême.

A l'ouverture des animaux, on trouve les poumons complètement solidifiés, d'un rouge brunâtre, criblés de points jaunes. A l'examen histologique, les coupes de l'organe, colorées au picro-carmin, présentent une teinte jaune pâle, picriquée, constellée de foyers arrondis, d'un rose intense. A un grossissement convenable, l'on reconnait que le fond jaune répond à une nappe uniforme de pneumonie catarrhale, caractérisée par un réseau fibrineux très léger, englobant de gros éléments cellulaires ; les îlots rouges mesurent un demi-millimètre environ et ils représentent des foyers miliaires de *pneumonie acineuse*. Cette pneumonie affecte trois localisations bien précises ; elle occupe çà et là un certain nombre d'acini qui s'ouvrent latéralement dans un carrefour respiratoire; elle se contourne aux acini qui sont disposés en cercle, autour d'une bronchiole à cils vibratils (*péri-bronchite tuberculeuse*) ; enfin, elle recherche les acini qui entourent les ramifications de l'artère pulmonaire et elle se confond avec les lymphatiques péri-artériels, gorgés d'éléments cellulaires (*péri-vascularite tuberculeuse*). Les éléments de cette pneumonie sont des cellules jeunes, prenant bien le carmin, pourvues de plusieurs noyaux qui laissent peu de place au protoplasma ; ces éléments sont tassés dans l'alvéole, dans un réseau fibrineux très délié, à peine visible ; la paroi alvéolaire demeure très nette et très distincte. Nulle part, dans l'organe pulmonaire, on ne voit d'embarras circulatoire, ni de lésions vasculaires. Tous ces détails et les suivants sont parfaitement rendus dans les dessins que je mets sous les yeux de la Société.

L'examen bactériologique, pratiqué d'après les procédés habituels, montre le bacille tuberculeux s'insinuant dans toutes les parties du poumon : il forme de véritables amas dans les foyers de pneumonie acineuse; il est plus rare dans la nappe de pneumonie catarrhale, mais il est présent dans chaque alvéole. Il n'est pas indifféremment placé dans la trame du tissu pathologique, il prend constamment domicile dans les cellules des dépôts intra-alvéolaires. Dans les bronchioles, on le voit enfermé dans les cils vibratils, et l'on arrive à surprendre son passage à travers les parois de ces conduits jusqu'aux acini péri-bronchiques; un de nos dessins reproduit cette migration du bacille. Il est donc facile de saisir à la fois l'arrivée du bacille par les bronchioles, sa pénétration jusqu'à l'extrémité des conduits respiratoires et sa pullulation dans l'épithélium pulmonaire. Envahi par le nouveau parasite, l'épithélium se révolte, il commence par se gonfler, par s'hyperplasier, par fournir un nombre considérable de noyaux, que nous avons vus atteindre le chiffre de six, dans nos préparations colorées à l'hématoxyline : c'est dans cet état que se présentent les éléments cellulaires des foyers miliaires de pneumonie acineuse. Dans les alvéoles de pneumonie catarrhale, les bacilles sont renfermés dans les grosses cellules de l'exsudat, et ils amènent bien vite la régression de la cellule. Le protoplasma de ces éléments est devenu granuleux ou vitreux ; et le bacille, ne trouvant plus d'aliments pour se développer, se décolore et perd peu à peu les grains qui le composent.

Ce coup d'œil rapide permet déjà d'apprécier grossièrement tous les désordres amenés par le bacille : par son fait, les petits foyers de pneumonie acineuse sont des foyers infectueux, aussi bien que la nappe générale de pneumonie catarrhale dans laquelle ils se trouvent noyés. Désormais on ne pourra plus considérer cette pneumonie catarrhale comme une inflammation indifférente, comme une simple irritation, amenée par le voisinage des tubercules. On savait déjà que cette inflam-

(1) Vous avez vu il y a quelque temps l'utilité de cette inoculation des chancres syphilitiques au porteur, pratique que j'ai instituée dans mon service dans le but de reprendre les recherches de Clerc, de Tarnowsky, etc. Vous avez pu voir que cette pratique nous ménage parfois des surprises, et qu'un chancre en apparence purement syphilitique peut être parfois un chancre mixte (n° 56 du *Recueil*).

(2) *Société de Biologie*, séance du 10 octobre 1885).

mation banale était virulente ; on connaît maintenant les raisons de cette virulence, puisque les bacilles s'y révèlent d'une façon indéniable, au sein de l'exsudat catarrhal. Et si l'aspect des foyers miliaires de pneumonie acineuse ressemble si peu à celui de la pneumonie catarrhale environnante, cette dissemblance est due à l'abondance plus grande de l'irritant pathogène, qui a abouti à une prolifération intra-alvéolaire plus compacte ; aussi au-dessous de la plèvre, là où les conduits respiratoires offrent des voies plus larges aux bacilles, les foyers miliaires de pneumonie acineuse sont-ils très confluents et la pneumonie catarrhale est-elle moins étendue.

Un autre fait à relever, c'est que les bacilles suffisent par eux-mêmes pour amener la régression des éléments de l'exsudat tuberculeux. De tout temps, la *caséification* des produits tuberculeux a été mise sous la dépendance de modifications circulatoires, amenées par des obstructions vasculaires, par de la périartérite ou de l'endartérite. Or, chez nos animaux qui succombent en deux semaines, le poumon est déja parsemé de points caséifiés, gros comme une tête d'épingle ; et néanmoins, loin d'être embarrassée, la circulation pulmonaire est partout exagérée dans ces organes, et l'on ne découvre nulle trace de lésion vasculaire dans ces tissus pathologiques. La caséification est commencée partout dans ces poumons encore en état de suractivité circulatoire et l'on est contraint de la rapporter à l'action exclusive des bacilles sur les épithéliums pulmonaires. On peut suivre cette phase de régression, en examinant ce qui se passe dans les grosses cellules de l'exsudat catarrhal. Dans ces éléments la phase d'hyperplasie a fait place à la phase de régression, le développement intraépithélial du bacille a amené la mort de la cellule, dès que le parasite a épuisé tous les matériaux de nutrition de la cellule. Sans doute, il s'ajoute plus tard des troubles et des arrêts de circulation, qui joueront un rôle considérable dans la caséification des exsudats tuberculeux ; mais cette *nécrose de coagulation* est précédée et préparée par des phénomènes de régression dus au bacille et à son existence intra-cellulaire.

Nous n'avons pas encore dit un mot ni des cellules géantes, ni de la zone épithélioïde, ni de tous ces attributs du follicule tuberculeux parfait, tel qu'on le décrivait il y a quelques années. C'est que ces caractères, considérés autrefois comme très précis, comme propres à caractériser le tubercule élémentaire, n'existent pas dans les tuberculoses initiales, telles que nous avons pu les provoquer chez le cobaye ; ils se montrent à un stade plus avancé ; loin de représenter le tubercule encore jeune, ils indiquent déjà une période dégénérative de la néoplasie et ils ne sauraient donc avoir l'importance que l'on a voulu leur donner.

Il faut arriver au 21e jour chez les lapins soumis aux pulvérisations de crachats tuberculeux, ou bien il faut prolonger l'existence des cobayes, en les tuberculisant par une autre voie, pour en arriver au stade des cellules géantes. Adressons-nous plutôt aux lapins ; ils offrent des types très nets de la tuberculose semi-chronique. On trouve dans leurs poumons des granulations demi-transparentes et des nappes d'infiltration grise qui gagnent une bonne partie de l'organe, dès le 28e jour, à partir du début des pulvérisations. Les infiltrations caséeuses se rencontrent plus rarement chez cet animal, mais elles sont parfois si complètes, si généralisées, que les deux poumons ne forment plus qu'une surface jaunâtre, englobant le cœur et pénétrant les parois musculaires de cet organe (cas inédit de Nocard, à Alfort).

Dans cette série de lésions expérimentales, c'est encore la pneumonie qui prédomine, c'est encore l'inflammation qui est le mode de réagir de l'organe, contre les atteintes du parasite ; mais cette réaction est plus lente et elle porte avant tout sur les travées alvéolaires, qui s'irritent, qui s'hyperplasient, qui s'annexent les travées avoisinantes et qui finissent par créer un réseau à mailles plus ou moins larges, à cloisons gigantesques. Les cavités de ce réseau sont considérées comme des alvéoles, mais elles ne sont souvent que le résultat de la fusion de plusieurs alvéoles ; les cloisons sont bien des parois alvéolaires, mais épaissies par l'adjonction de plusieurs parois avoisinantes ; dans ces cloisons se trouvent confondus les bronchioles, les vaisseaux, dévorés par cette hyperplasie exubérante. On reconnait çà et là des débris d'épithélium vibratil, des amas de globules sanguins, du pigment ocreux, qui restent comme les derniers vestiges de cette destruction rapide.

Ce qui se passe dans les cavités du réseau mérite une mention spéciale ; on ne saurait y chercher une production exubérante de cellules remplissant l'alvéole ainsi que ça se passe dans les formes suraiguës. Dans ces pseudo-alvéoles se remarquent trois ou quatre grandes cellules avec un beau noyau, avec un protoplasma granuleux, insensible au carmin. Dans les cavités plus grandes, il y a un revêtement de cellules cuboïdes qui tapissent la paroi et, dans l'espace central, s'accumulent les éléments détachés de la paroi. Ailleurs, ces éléments détachés se fusionnent et l'on a une cellule plus grosse, composée de trois ou quatre cellules élémentaires, encore faciles à isoler ; enfin, par une transition insensible, on arrive à des cellules énormes, d'un dixième de millimètre de diamètre, pourvues d'une collerette de noyaux ovalaires, assez vivement colorés en rose, et d'un protoplasma grenu ou vitreux, coloré en jaune par le picro-carmin. On reconnait à cette description les *cellules géantes* et leur mode de formation aux dépens de ce qui reste de l'épithélium pulmonaire hyperplasié et passé ensuite à la phase de régression. L'origine intra-alvéolaire de ces cellules géantes, entrevue par Charcot et Gombault, précisée par Laulanié, ne peut plus être mise en doute après l'analyse des pièces empruntées à l'anatomie pathologique expérimentale.

En poursuivant cette analyse, jusque vers des périodes plus avancées, vers la 8e ou la 10e semaine ; on voit qu'à la longue la production incessante des cellules épithéliales aux dépens des éléments jeunes de la cloison finit par user cette cloison ; que des amas de cellules dégénérées ou vitreuses se constituent, se tassent, et que la caséification apparait maintenant sous forme de taches macroscopiques. Tout l'organe peut devenir caséeux par cette évolution, à moins qu'un cercle fibreux ou des cloisonnements partiels ne circonscrivent les points caseux.

Ce sont encore les bacilles qui président au développement et à l'évolution de cette pneumonie tuberculeuse interstitielle, à la fois formatrice et régressive. Arrivés de l'extérieur dans les alvéoles, ils se logent dans les grosses cellules cuboïdes, puis ils se cantonnent dans les cellules géantes et ils s'y multiplient jusqu'à ce que tous les éléments nutritifs des cellules soient épuisés. Chez le cheval, nous avons compté jusqu'à 30 bacilles très allongés et pelotonnés concentriquement dans chacune des cellules géantes, dont est criblé le poumon tuberculeux des solipèdes. A la longue les bacilles disparaissent dès que la cellule géante est vitrifiée ; mais il n'est

pas rare de voir des masses caséeuses, complètement translucides, parsemées de cercles violets, qui indiquent le siège de cellules géantes, désormais fondues dans la masse totale, mais dont la topographie est fixée par la persistance des bacilles colorés par les violets d'aniline.

Toute l'existence du bacille est donc intra-cellulaire, toutes les altérations du tissu proviennent des troubles de nutrition, amenées par le bacille dans la chimie de la cellule ; la pathologie cellulaire, un instant mise au second plan après la découverte des microbes, reprend donc une part de ses droits et de son importance.

Pour en finir avec les bacilles, nous devons ajouter que nous leur avons toujours trouvé à peu près le même diamètre transversal chez la plupart des espèces animales ; mais que leur longueur est variable à l'infini depuis 5 μ jusqu'à 15 et 20 μ. Avec de bons objectifs à immersion, tels que le 18 de Zeiss, leur structure apparait toujours grenue, et les grains sont allongés et parfaitement équidistants ; le nombre de ces grains est en rapport avec la longueur du bacille, on compte de 3 à 12 et 20 grains ; leur disparition dans les cellules géantes anciennes se fait grain par grain, on voit un grain se décolorer après l'autre. Nous n'avons jamais constaté d'autres formes microbiennes servant de passage au bacille ou se mêlant à lui, telles que les zooglées.

En résumé, nous nous croyons autorisé à conclure : 1° que les tubercules pulmonaires sont à l'origine des foyers de pneumonie acineuse bacillaire, disposés à l'extrémité d'un conduit respiratoire ou autour d'une bronchiole, ou encore autour d'un vaisseau, composés d'éléments cellulaires tassés les uns contre les autres et séparés par un réseau fibrineux très délié ; 2° qu'en dehors de ces foyers bien circonscrits, il peut se faire des nappes plus ou moins étendues de pneumonie catarrhale ou autre, également de nature tuberculeuse et bacillaire ; 3° que dans les formes plus lentes, les infiltrations grises, les granulations grises, les dégénérescences fibreuses, les foyers caséeux, les cellules géantes, sont dus à une pneumonie interstitielle épithélioïde ; 4° que toutes ces modifications pathologiques sont causées par le microbe pathogène et par son existence intra-cellulaire dans l'épithélium pulmonaire. Son premier effet est l'hyperplasie de cet épithélium ; son effet consécutif est la dégénération caséeuse de cet élément.

Faculté de médecine de Paris. — Par décret, en date du 16 octobre 1885, M. Proust, agrégé, est nommé professeur d'hygiène.

Faculté de médecine de Lyon. — Sont nommés pour l'année 1885-1886, préparateurs des laboratoires ci-dessous désignés : MM. Honorat, anatomie et histologie ; Despeignes, histoire naturelle ; Falque-Pierrotin, pharmacie ; François, anatomie pathologique ; Serrullaz, physique ; Chambellaz, chimie ; Doyon, physiologie ; Jacquemet, matière médicale et botanique ; Bernard, médecine légale ; Barral, chimie organique et toxicologie ; Pollosson (A.), médecine opératoire ; Lavocat, clinique médicale.

Sont nommés à la même Faculté, pour l'année 1885-1886, chefs des travaux de laboratoires ci-après désignés : MM. Chandelux, anatomie générale et histologie ; Magnien, histoire naturelle ; Florence, pharmacien ; Bard, anatomie pathologique ; Didelot, physique ; Linossier, chimie ; Reboul, physiologie ; Beauvisage, matière médicale et botanique ; Coutagne, médecine légale ; Guérin, chimie organique et toxicologie ; Levrat, médecine opératoire ; Mondon, clinique chirurgicale ; Aubert, clinique médicale (travaux chimiques) ; Blanc, clinique médicale (travaux biologiques).

Sont nommés à la même Faculté, pour la même année, aides des cliniques ci-dessous : MM. Lacour, clinique médicale ; Jubin, clinique des maladies des femmes ; Brizard, clinique des maladies des enfants.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Des fondations hospitalières (1).

5° Malheur à moi, si mon objet pouvait être, en présentant ces considérations, de concentrer l'homme dans son seul intérêt, de le rendre insensible au malheur et au bien-être de ses semblables ; d'éteindre en lui l'esprit du citoyen et de substituer une prudence oisive et basse à la noble pression d'être utile aux hommes ! Je veux que l'humanité, la passion du bien public, procurent aux hommes les mêmes biens que la vanité des fondateurs, mais plus sûrement, plus complètement, à moins de frais, et sans le mélange des inconvénients dont je me suis plaint. Parmi les différents besoins de la Société qu'on voudrait remplir par la voie des établissements durables ou des fondations, distinguons-en deux sortes : les unes appartiennent à la Société entière et ne seront que le résultat des intérêts de chacune en particulier : tels sont les besoins généraux de l'humanité, la nourriture pour tous les hommes ; les bonnes mœurs et l'éducation des enfants, pour toutes les familles ; et cet intérêt est plus ou moins pressant pour les différents besoins : car un homme sent plus vivement le besoin de nourriture, que l'intérêt qu'il a de donner à ses enfants une bonne éducation. Il ne faut pas beaucoup de réflexions pour se convaincre que cette première espèce de besoins de la société n'est point de nature à être remplie par des fondations ni par aucun autre moyen gratuit ; et qu'à cet égard le bien général doit être le résultat des efforts de chaque particulier pour son propre intérêt. Tout homme sain doit se procurer la subsistance par son travail, parce que s'il était nourri sans travailler, il le serait aux dépens de ceux qui travaillent. Ce que l'Etat doit à chacun de ses membres, c'est la destruction des obstacles qui les gêneraient dans leur industrie, ou qui les troubleraient dans la jouissance des produits qui en sont la récompense. Si ces obstacles subsistent, les bienfaits particuliers ne diminueront point la pauvreté générale, parce que la cause restera tout entière. De même, toutes les familles doivent l'éducation aux enfants qui y naissent, elles y sont toutes intéressées immédiatement ; et ce n'est que des efforts de chacune en particulier que peut naître la perfection générale de l'éducation. Si vous vous amusez à fonder des maîtres et des bourses dans les collèges ; l'utilité ne s'en fera sentir qu'à un petit nombre d'hommes favorisés au hasard, et qui peut-être n'auront point les talents nécessaires pour en profiter : ce ne sera pour toute la nation qu'une goutte d'eau répandue sur une vaste mer ; et vous aurez fait à très grands frais de bien petites choses. Et puis faut-il accoutumer les hommes à tout demander, à tout recevoir, à ne rien devoir à eux-mêmes ? Cette espèce de mendicité, qui s'étend dans toutes les conditions, dégrade un peuple et substitue à toutes les passions hautes un caractère de bassesse et d'intrigues. Les hommes sont-ils puissamment intéressés au bien que vous voulez leur procurer ? Laissez-les faire, voilà le grand, l'unique principe. Vous paraissent-ils s'y porter avec moins d'ardeur que vous ne désireriez ? Augmentez leur intérêt. Vous voulez perfectionner l'é-

(1) Voir le n° 42.

ducation : proposez des prix à l'émulation des pères et des enfants : mais que ces prix soient offerts à quiconque peut les mériter, du moins dans chaque ordre de citoyens ; que les emplois et les places en tout genre deviennent la récompense du mérite ; et la perspective assurée du travail, et vous verrez l'émulation s'allumer à la fois dans le sein de toutes les familles : bientôt votre nation s'élèvera au-dessus d'elle-même, vous aurez éclairé son esprit, vous lui aurez donné des mœurs ; vous aurez fait de grandes choses, et il ne vous en aura pas tant coûté que pour fonder un collège.

L'autre classe de besoins publics auxquels on a voulu subvenir par des fondations, comprend ceux qu'on peut regarder comme accidentels ; qui, bornés à certains lieux et à certains temps, entrent moins immédiatement dans le système de l'administration générale et peuvent demander des secours particuliers. Il s'agira de remédier aux maux d'une disette, d'une épidémie, de pourvoir à l'entretien de quelques vieillards, de quelques orphelins, à la conservation des enfants exposés ; de faire ou d'entretenir des travaux utiles à la commodité ou à la salubrité d'une ville, de perfectionner l'agriculture ou quelques arts languissants dans un canton, de récompenser des services rendus par un citoyen à la ville dont il est membre ; d'y attirer des hommes célèbres par leurs talents, etc. ; or, il s'en faut beaucoup que la voie des établissements publics et des fondations soit la meilleure pour procurer aux hommes tous ces biens dans la plus grande étendue possible.

L'emploi libre des revenus d'une communauté, ou la contribution de tous ses membres dans le cas où le besoin serait pressant et général ; une association libre et des souscriptions volontaires de quelques citoyens généreux dans le cas où l'intérêt sera moins prochain et moins universellement senti ; voilà de quoi remplir parfaitement toute sorte de vues vraiment utiles, et cette méthode aura sur celle des fondations cet avantage inestimable qu'elle n'est sujette à aucun abus important. Comme la contribution de chacun est entièrement volontaire, il est impossible que les fonds soient détournés de leur destination ; s'ils l'étaient, la source en tarirait aussitôt, il n'y a point d'argent perdu en frais inutiles, en luxe et en bâtiment, c'est une société du même genre que celles qui se sont dans le commerce, avec cette différence qu'elle n'a pour objet que le bien public, et comme les fonds ne sont employés que sous les yeux des actionnaires, ils sont à portée de veiller à ce qu'ils soient employés de la manière la plus avantageuse. Les ressources ne sont point éternelles pour des besoins passagers : le secours n'est jamais appliqué qu'à la partie de la société qui souffre, à la branche du commerce qui languit. Le besoin cesse-t-il, la libéralité cesse ; et son cours se tourne vers d'autres besoins. Il n'y a jamais de doubles ni de triples emplois ; parce que l'utilité actuelle reconnue est toujours ce qui détermine la générosité des bienfaiteurs publics : enfin, cette méthode ne retire aucun fonds de la circulation générale ; les terres ne sont point irrévocablement possédées par des mains paresseuses (1) ; et leurs productions, sous la main d'un propriétaire actif, n'ont de bornes que celles de leur propre fécondité. Qu'on ne dise point que ce sont là des idées chimériques : l'Angleterre, l'Ecosse et l'Irlande sont remplies de pareilles sociétés, et en ressentent depuis de longues années les heureux effets. Ce qui a lieu en Angleterre peut avoir lieu en France. Nous avons même déjà des exemples de ces associations qui en prouvent la possibilité.....

(1) Ou inexpérimentées : c'est ce qui arrive pour l'Assistance publique.

6° Ces réflexions doivent faire applaudir aux sages restrictions de l'édit royal de 1749, à la liberté de faire des fondations nouvelles. Ajoutons qu'elles ne doivent laisser aucun doute *sur le droit incontestable qu'a le gouvernement de disposer des fondations anciennes, d'en diriger les fonds à d'autres objets ou mieux encore de les supprimer tout à fait. L'utilité publique est la loi suprême, et ne doit être balancée ni par un respect superstitieux pour ce qu'on appelle l'intention des fondateurs*, comme si des particuliers ignorants et bornés avaient eu le droit d'enchaîner à leurs volontés capricieuses les générations qui n'étaient point encore ; ni par la crainte de blesser les droits prétendus de certains corps, comme si les corps particuliers avaient quelques droits vis-à-vis de l'Etat ! Les citoyens ont des droits et des droits sacrés pour le corps même de la société ; ils existent indépendamment d'elle ; ils en sont les éléments nécessaires ; et ils n'y entrent que pour se mettre avec tous leurs droits sous la protection de ces mêmes lois auxquelles ils sacrifient leur liberté. *Mais les corps particuliers n'existent point par eux-mêmes ni pour eux, ils ont été formés pour la société ;* et ils doivent cesser d'être au moment qu'ils cessent d'être utiles. Concluons qu'aucun ouvrage des hommes n'est fait pour l'immortalité ; puisque les fondations, toujours multipliées par la vanité, absorberaient à la longue tous les fonds et toutes les propriétés particulières, il faut bien qu'on puisse à la fin les détruire. Si tous les hommes qui ont vécu avaient eu un tombeau, il aurait bien fallu, pour trouver des terres à cultiver, renverser ces monuments stériles et remuer les cendres des morts pour nourrir les vivants. T..., t.

— Nous ne saurions trop appeler les méditations de nos lecteurs sur les considérations développées par l'éminent auteur du travail qui précède. Bien que, sur quelques points de détail, nous ayons nous-mêmes quelques réserves à faire, les opinions de fond nous paraissent indiscutables. Nous tiendrons compte des remarques que l'on voudra bien nous adresser. B.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 5 octobre 1885. — Présidence de M. Bouley.

M. Ch. Richet étudie l'*action physiologique des sels de Rubidium*. La dose toxique est à peu près moitié moindre que celle des sels de potassium. La mort des animaux est due à l'affaiblissement progressif des battements du cœur et à l'épuisement des fonctions du système nerveux. Le cœur s'arrête avant la respiration, la température s'abaisse et c'est la suspension progressive de la circulation qui détermine la mort. Ainsi, le Rubidium a les mêmes effets

que le potassium, à cela près qu'il est moins toxique. Peut-être les médecins devraient-ils essayer si, au point de vue thérapeutique, ce métal ne pourrait pas parfois remplacer le potassium.

M. Laulanié a pu, grâce à un appareil spécial qu'il appelle le myoscope, reconnaître les *phénomènes intimes de la contraction musculaire dans les faisceaux primitifs striés*. L'activité des faisceaux primitifs se présente sous trois modes distincts : 1° la secousse ou contraction totale et simultanée ; 2° la contraction partielle (intéressant seulement un des points du faisceau primitif); 3° l'onde musculaire ou contraction partielle et progressive. La secousse est l'expression d'une activité normale; l'onde musculaire annonce la déchéance générale de l'organisme survenant après l'arrêt de la circulation et l'amoindrissement de l'excitabilité des faisceaux primitifs.

M. Arloing examine la *marche des lésions consécutives à l'inoculation de la tuberculose de l'homme chez le lapin et le cobaye*. L'organisme du cobaye est très sensible au virus tuberculeux ; la réceptivité du lapin est relativement faible. A la suite d'une inoculation, on observe surtout chez le lapin une tuberculisation viscérale sans lésions ganglionnaires : sur le cobaye, au contraire, il y a des traces immanquables du passage du virus dans le système lymphatique. Le cobaye est donc préférable au lapin pour faire ressortir la nature tuberculeuse d'une lésion; il permet d'élucider le problème de la réinoculation de la tuberculose soulevé récemment par M. Charrin. Il suffit de pratiquer la première inoculation à la face interne de la cuisse, puis, lorsque l'induration tuberculeuse des ganglions inguinaux est bien constatée, de faire la seconde à la base de l'oreille. Le gonflement des ganglions pré-auriculaire et pré-scapulaire montre que l'organisme est en proie à une deuxième infection qui marche à la rencontre de la première. Comme démonstration de la récidive de la tuberculose, cette expérience échappe à toute objection sérieuse.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 17 *octobre* 1885. — Présidence de M. Hanot.

M. Brown-Séquard, à propos des *hémorrhagies par suggestion*, rappelle qu'on produit des hémorrhagies sous-cutanées en blessant expérimentalement la moelle cervicale ; il serait intéressant de rechercher les liens qui unissent dans l'espèce ces deux phénomènes.

M. Dumontpallier apporte de nouveaux cas d'hémorrhagies supplémentaires par suggestion. Au point de vue thérapeutique, il existe là un côté intéressant, car lorsque ces hémorrhagies existent pathologiquement, on peut également les faire cesser par suggestion.

M. Laborde, à propos d'une note de MM. P. Bert et Regnard sur l'*eau oxygénée*, combat les conclusions de ces auteurs et dit que ce liquide ne tue pas les globules sanguins.

M. d'Arsonval demande à M. Laborde d'injecter comme contre-expérience, de l'eau oxygénée préalablement décomposée, afin que M. Laborde puisse ainsi s'assurer que les résultats fâcheux ne sont pas dus aux impuretés du liquide employé.

M. Œchoner de Coninck demande si l'eau oxygénée employée par M. Laborde n'avait pas été préalablement rendue stable par l'acide chlorhydrique, car ce liquide ne peut rester stable que quelques heures et à la faveur d'un acide.

M. Laborde dit avoir employé l'eau oxygénée préparée suivant d'excellents procédés. Il communique en plus les résultats de ses recherches sur la *secousse musculaire produite par* la colchicine et insiste sur l'importance médico-légale de ce phénomène. Il la différencie nettement de la courbe de la vératrine. Il a de plus observé sur le chien un abaissement de température correspondant aux phénomènes algides que l'on avait observé dans l'empoisonnement par cette substance.

M. M. Duval offre son article *Vaso-moteurs* du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* et insiste à ce sujet sur les recherches qu'il a faites sur l'embryologie du grand sympathique et particulièrement des ganglions spinaux. Ceux-ci, d'après les travaux de Balfour et de Kölliker, ne se forment pas aux dépens du mésoderme, mais bien aux dépens de l'ectoderme ; ils sont formés par un bourgeon cellulaire parti du cordon cellulaire qui rattachait la moelle à l'ectoderme, particularité qu'avait déjà entrevue et figurée M. Duval dans une publication antérieure.

M. Nocard communique les résultats des recherches qu'il a entreprises sur la *tuberculose des organes*. Il conclut que tous les oiseaux vivant près de l'homme peuvent prendre de celui-ci une tuberculose bacillaire analogue à la tuberculose humaine. Les tubercules présentent le même siège anatomique et les bacilles la même morphologie. D'autre part, la tuberculose ainsi acquise est transmissible aux mammifères, sa virulence accroît même en passant par plusieurs générations d'inoculés. Il a pu obtenir ainsi dans de la gélatine des cultures pures de bacilles qu'il montre à la Société, mais il a modifié le procédé de Koch, car il ajoute au sérum de choral qu'il recueille d'une façon très simple et dont il indique le procédé, 1/4 0/0 de peptone, de sucre de canne et de sel marin.

M. Strauss appelle l'attention de la Société sur la grande importance de la communication de M. Nocard, car en dehors du laboratoire de Koch, on n'avait pas encore pu obtenir, et avec autant de sûreté, des cultures aussi belles que celles du présentateur.

M. Vignal voit dans la méthode de M. Nocard, la confirmation de ce qu'il avait avancé, à savoir que Koch n'avait pas divulgué complètement son procédé de culture. Les ensemencements dans de la gélatine pure donnent en effet de très nombreux insuccès.

M. Galippe expose, avec pièces à l'appui, la puissance de pénétration des éléments mycéliens à travers le coton stérilisé ou les vases en terre poreuse. Il a fait ces recherches en collaboration avec M. Bourquelot.

M. Dupuis expose des faits en contradiction avec la théorie des centres moteurs de l'écorce cérébrale.

M. Thaon (de Nice) montre des dessins représentant les bacilles de la tuberculose ; les bacilles de la diphtérie (et non des microcoques, suivant l'opinion de Leflaive), les organismes inférieurs de la rougeole (diplocoques et microbes en chaînettes). Il a pu cultiver tous ces organismes, mais il n'a pas toujours réussi à les inoculer, car les animaux ne sont pas toujours susceptibles de contracter les mêmes maladies que l'homme. La méthode des inhalations lui a cependant donné d'heureux résultats. Il insiste en outre sur la fonction des cellules lymphatiques dans la pneumonie disséquante de la rougeole, pneumonie parasitaire au premier chef. Ces notions étiologiques sont de la plus haute importance. Les statistiques montrent en effet qu'un grand nombre d'enfants admis pour des affections étrangères contractent dans les salles des broncho-pneumonies infectieuses auxquelles ils succombent en grand nombre. La nécessité des pavillons d'isolement et des mesures de désinfection se fait donc absolument sentir, si l'on veut remédier aux désastres que l'on observe journellement.

M. Laborde pense qu'en parlant des médecins, M. Thaon prêche des convertis et que la faute revient tout entière aux administrateurs si toutes ces précautions n'ont pas été déjà entièrement prises.

MM. Gilles de la Tourette et A. Londe communiquent les résultats de leurs recherches faites pendant les années 1884 et 1885 dans le service sur la *marche dans les maladies du système nerveux* étudiée à l'aide de la méthode des empreintes (Ce travail sera publié dans les *Archives de Neurologie*).

M. Brown-Séquard a mesuré, au moyen des appareils enregistreurs, les périodes de raccourcissement et d'allongement des muscles pendant les phénomènes de rigidité cadavérique.

M. Remy montre un *embryon humain* long de trois

millimètres; la poche qui le renfermait contenait 2 centimètres cubes de liquide. GILLES DE LA TOURETTE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 20 octobre 1885. — PRÉSIDENCE DE M. TRÉLAT.

M. le PRÉSIDENT déclare une vacance dans la section de thérapeutique.

M. G. SÉE vient répondre à l'observation de M. Dechambre, relativement à l'influence des saignées dans le traitement de l'*obésité*. Tous les médecins et tous les physiologistes s'accordent à reconnaître que l'engraissement s'observe communément dans la chloro-anémie ou chez les animaux qui ont subi plusieurs saignées. D'après Bauer, les albuminates, par le fait de la saignée, subissent une décomposition plus marquée et l'acide carbonique exhalé diminue. Pour Fränckel, c'est au déficit de l'oxygène absorbé qu'il convient d'attribuer l'ensemble de toutes ces transformations.

Suite de la discussion sur l'étiologie de la lèpre. — M. LE ROY DE MÉRICOURT, se basant sur de nouvelles recherches, maintient son opinion relative à la non contagiosité de la lèpre, malgré les exemples rapportés par M. Vidal. Et d'abord, M. Le Roy de Méricourt se demande si, dans les archipels polynésiens, on n'a pas confondu la lèpre avec la syphilis, dont les lésions se ressemblent à beaucoup d'égards. Quant à la théorie de la contagion, basée sur l'existence d'un microbe spécial à la lèpre, elle n'apporte aucun fait probant et ne tend qu'à jeter la perturbation dans les relations sociales. La thérapeutique ne bénéficie nullement de ces recherches.

M. VIDAL déclare qu'il est impossible, aujourd'hui, de confondre la lèpre avec la syphilis et s'étonne des restrictions qui sont faites à l'occasion du microbe de la lèpre, dont l'existence est indiscutable.

M. CHARPENTIER lit un *rapport* relatif à deux observations envoyées par une sage-femme, Mme Baudoin. A. J.

THÉRAPEUTIQUE

De l'alimentation des jeunes enfants par la farine d'avoine.

La question de l'alimentation des jeunes enfants et des différents procédés à suivre dans ce but se pose à chaque instant dans la pratique médicale. Le médecin est souvent embarrassé et il n'a pas toujours en dedans de lui des motifs sérieux et scientifiques à se donner pour conseiller un aliment plutô t qu'un autre.

Je ne parle pas de laquestion d'opportunité, c'est-à-dire du moment où l'on commence à nourrir les jeunes enfants autrement qu'avec le lait. Ici les règles sont précises. Tous les médecins sont d'accord. On sait que, dans les premiers mois de la vie, les organes anatomiques de la muqueuse intestinale ne sont pas suffisamment formés par la digestion des féculents et qu'ils ne se constituent que par degrés. Ce n'est qu'au troisième ou au quatrième mois de la vie que les féculents peuvent être transformés et digérés par la muqueuse gastro-intestinale. Sous ce rapport on peut donc affirmer qu'il est dangereux de donner des bouillies, des panades et autres substances féculentes avant le quatrième mois. Pour moi, je ne commence qu'au cinquième.

Mais lorsque le moment est venu et qu'on commence à vouloir donner autre chose que du lait aux jeunes enfants, quel est le mode d'alimentation à adopter ?

La viande doit être sévèrement exclue. Tout au plus doit-on permettre le bouillon de poulet ou de bœuf très faible. C'est le moment de commencer l'usage des potages féculents et des potages préparés avec les différentes substances farineuses connues. On peut employer l'arrow-root, le sagou, le manioc, ce qui se fait beaucoup dans nos colonies, la farine de riz ou de blé, la farine d'avoine de Morton, etc.

Des travaux entrepris sur la composition de la farine d'avoine, il résulte que cette céréale renferme de la matière grasse, un *principe aromatique* qui a quelque rapport avec celui de la vanille, et qui donne à la graine fraîche une odeur qui enivre parfois les chevaux et l'homme. Journet a pu l'extraire au moyen de l'eau, puis de l'alcool.

D'après les travaux de Payen, de Franckland, la farine d'avoine possède l'*équivalent nutritif et calorifique* le plus élevé parmi les autres farines, et en outre contient le plus de fer. D'après une analyse de Vogel, l'avoine contient :

Fécule	59
Albumine	4 30
Gomme	2.50
Sucre et principe amer	8.25
Huile grasse jaune verdâtre soluble dans l'alcool bouillant	2
Matière fibreuse	Q. V.

Davy, dans son analyse, y trouve 6 p. 100 de gluten, matière non signalée par Vogel.

Dans cette occurence et pour fixer d'une façon plus précise la composition de cette farine, j'ai fait faire une analyse nouvelle par M. Brissonnet, interne de l'hôpital des Enfants-malades et licencié ès sciences.

Analyse de la farine Morton.

Pour 100 parties cette farine contient :

Eau			9.906
Substances protéiques.	Albumine soluble		2.10
	Albumine insoluble (gluten)		9.40
Matière grasse			6.525
Sucre			0.965
Gomme			1.57
Dextrine			1.324
Ligneux (son)			1.564
Amidon			64.57
Substances minérales (cendres).	Fer (ou oxyde ferreux 0.0186)	0.01456	2.076
	Chaux	0.09105	
	Magnésie	0.11652	
	Potasse	0.37833	
	Acide phosphorique (PhO^5)	0.46578	
	Silice (SiO^2)	0.37897	
	Acide sulfurique	0.09050	
	Acide chlorhydrique, soude, etc., etc. (dosés par différence)	0.5383	
Azote total		1.614	

L'examen microscopique n'a montré que de l'amidon d'avoine. BRISSONNET.

Comme on le voit d'après cette analyse faite avec tout le soin désirable, de façon à fixer la science sur la composition de la farine Morton, ce produit offre, pour l'alimentation des jeunes enfants, des avantages que l'on ne trouve pas au même degré dans les autres fécules habituellement en usage.

(*Abeille médicale*). Professeur BOUCHUT.

VARIA

Distribution des prix à l'Ecole municipale de la Salpêtrière.

La distribution des prix à l'Ecole municipale des infirmières de la Salpêtrière, retardée par diverses circonstances, a eu lieu mardi dernier 20 octobre. Elle était présidée par M. Peyron, directeur de l'Assistance publique, assisté de MM. Bourneville, Le Bas, directeur de la Salpêtrière, Brelet, secrétaire général, Mourlan, chef de la division des hôpitaux et hospices. Nous avons remarqué dans l'assistance, M. Delasiauve, médecin honoraire des hôpitaux, M. le Dr Dubrisay, membre du Conseil de surveillance de l'Assistance publique, MM. les Drs Maygrier, Poirier, Yvon, professeurs de l'Ecole, M. Beugniez, économe de la Salpêtrière, MM. les internes de l'hospice et plusieurs membres de la presse, M. Em. Richard, etc. Un certain nombre de dames s'étaient rendues à l'invitation de l'Administration et, parmi elles, Mme Charcot, Mlles Le Bas,

Mme Beugniez, Mme et Mlle Boulaud, Mme Neuvéglisé, des parentes des élèves, etc.

M. Peyron a ouvert la séance par le discours suivant :

Mesdames,

C'est un devoir que je remplis, mais le plus agréable des devoirs, en vous apportant aujourd'hui nos félicitations pour les efforts passés, nos encouragements pour les efforts à venir.

Le nombre élevé de certificats d'aptitude que j'ai eu le plaisir de signer est la meilleure preuve que l'année écoulée a été bien employée et féconde en heureux résultats dans nos trois Ecoles d'infirmiers et d'infirmières laïques.

Si partout les élèves ont montré plus d'empressement à se faire inscrire aux Ecoles et, surtout, ce qui est à la fois plus difficile et plus rare, s'ils ont montré plus d'assiduité et plus de persévérance dans leurs efforts, le mérite en revient tout particulièrement à l'activité toujours en éveil du Directeur des Ecoles, M. le Dr Bourneville, au zèle soutenu et au dévouement de tous ses collaborateurs dans l'enseignement professionnel, dans l'enseignement pratique et dans l'enseignement primaire, et aussi au concours que lui ont prêté Messieurs les Directeurs de Bicêtre, de la Pitié et de la Salpêtrière, et c'est avec un sentiment de profonde reconnaissance que je proclame ici le bien dont nous leur sommes à tous redevables.

Les rapports de Messieurs les Directeurs des hôpitaux-écoles m'ont tenu régulièrement au courant de la marche générale de vos études, et c'est avec un vif intérêt que j'ai suivi cette marche dont j'aurais désiré voir la courbe sujette à moins d'oscillations.

M. le Dr Bourneville a voulu me faire pénétrer dans le détail et, pour que je puisse moi-même apprécier les efforts dépensés, il a bien voulu m'adresser les compositions de quelques-unes d'entre vous. Je ne pouvais mieux reconnaître cette attention que par une lecture consciencieuse de ces compositions.

J'ai été, Mesdames, amplement payé de ma peine et, si dans les copies d'inégales valeurs qui m'ont été remises, j'ai constaté, à côté d'une véritable connaissance du sujet traité, de profondes et véritables lacunes dans l'instruction primaire, j'ai trouvé, en retour, dans la série des compositions de l'une de nos sous-surveillantes la démonstration éclatante de l'utilité des connaissances théoriques que l'on enseigne, et la preuve que l'anatomie, la physiologie, les soins à donner aux femmes en couches, l'hygiène, la petite pharmacie, les pansements, avaient, à bon droit, place dans vos programmes.

Dans les conditions où il est donné, cet enseignement n'est pas une tâche facile, et pour amener les résultats que j'ai constatés, il faut, Mesdames, tout le talent éprouvé de vos professeurs qui savent, et ce n'est pas un faible mérite, être clairs et rester sobres.

Si nous avons tenu à remettre dans une même solennité les diplômes aux élèves des trois Ecoles qui les avaient conquis, c'est afin de mieux marquer le prix que nous attachons à ces diplômes, et si la fête d'aujourd'hui en a pris un caractère général, elle n'en reste pas moins plus particulièrement la fête de la Salpêtrière et c'est plus particulièrement à vous, Mesdames de la Salpêtrière, à votre Directeur qui, par l'attachement à ses devoirs, par sa sollicitude, a su conquérir tant d'autorité et se concilier tant d'affection, c'est à vos professeurs, c'est à Mesdames Eydt et Muller, c'est à Mademoiselle Nicolle, qui a trouvé dans l'institution des Ecoles d'infirmières un nouvel aliment à son dévouement, à ses auxiliaires Mademoiselle Florenza et Mesdames Trouble et Chevalier que vont aujourd'hui nos remerciments et nos félicitations.

623 élèves ont fréquenté l'école de la Salpêtrière depuis son ouverture, et de ces 623 élèves, 130 ont reçu de l'avancement à la Salpêtrière même et 100 dans d'autres établissements. Cette part dans l'avancement eût été plus large encore si les bonnes intentions de l'Administration ne s'étaient heurtées à votre trop grand attachement à cette maison. Un certain nombre, et je l'ai éprouvé au moment de la laïcisation de l'hospice d'Ivry, ont préféré à ces avancements dont elles étaient dignes, leur maintien à la Salpêtrière où les retenaient les affections de la famille. Je sais tous les services rendus par ces familles d'hospitaliers chez qui le dévouement professionnel est héréditaire ; c'est une de nos forces, mais cette force dégénérerait en faiblesse si elle tendait à immobiliser le personnel de nos hôpitaux-écoles. Ces écoles n'ont pas pour but d'assumer le recrutement du seul établissement où elles fonctionnent, il faut, au contraire, pour qu'elles atteignent leur plein développement, pour qu'elles puissent répondre aux nécessités du présent et aux nécessités de l'avenir, il faut qu'elles ne soient qu'un lieu de passage ouvert à toutes les aptitudes, il faut surtout aussi que tout le personnel de ces établissements mette à profit les ressources qui sont à sa portée. Le moment m'a paru venu de prendre des mesures capables d'assumer ce double résultat.

Monsieur le Dr Bourneville vous parlera certainement de ces dispositions nouvelles qui donnent satisfaction à des vœux qu'il a depuis longtemps exprimés.

Il sait d'ailleurs que dans la mise à exécution de ces prescriptions rigoureuses j'accueillerai les tempéraments que pourraient justifier l'âge et la bonne conduite.

J'ai cru devoir aussi, dans l'attribution de l'avancement, faire une part plus large à la nécessité de la possession du diplôme sans méconnaître cependant les droits acquis par les longs et bons services de vos camarades ou de vos compagnes qui sont entrés dans la carrière à une époque où les moyens d'instruction mis si libéralement à votre portée faisaient défaut et, dans ces résolutions, je suis en plein accord avec les vœux émis par le Conseil municipal.

Un dernier mot, Mesdames, si l'instruction professionnelle vous est à toutes nécessaire, elle n'est pas à elle seule suffisante, il y faut ajouter la bonté, la patience, l'ordre et le travail ; il faut que celles d'entre vous qui ont la légitime ambition d'arriver sachent obéir si elles veulent un jour se faire obéir à leur tour et tout, dans leur conduite, doit commander le respect de leurs personnes si elles veulent assurer plus tard le respect de leurs fonctions.

M. le Directeur a donné ensuite la parole à M. le Dr Bourneville :

Mesdames, Messieurs,

De même que les années précédentes l'enseignement primaire, l'enseignement professionnel et les exercices pratiques, ont été faits avec la plus grande régularité. C'est pour nous un devoir, très agréable à remplir, d'adresser nos remerciements à Mlle Nicolle et à ses collaboratrices, MMmes Florenza, Trouble, Chevallier, qui vous donnent, avec tant de zèle et de dévouement, l'instruction primaire. C'est par elles que depuis huit ans, nous avons pu apprendre à lire et à écrire à un grand nombre d'infirmières et perfectionner l'instruction incomplète de beaucoup d'autres. Les trois Ecoles d'infirmières ont rendu, sous ce rapport, des services signalés à la cause de l'instruction publique. Nous devons adresser les mêmes félicitations à Mme Eydt, surveillante de l'Infirmerie générale et à son aide Mlle Muller, chargées de l'enseignement pratique. Nous remercions enfin vos maîtres, nos amis, du concours si dévoué qu'ils n'ont cessé de nous apporter, la plupart depuis la création de l'Ecole. C'est grâce à eux, et surtout à l'activité et à la bienveillance de M. Le Bas, votre directeur, que nous arriverons dans un temps prochain à terminer l'œuvre de la laïcisation.

Nous continuerons à perfectionner le programme de l'enseignement, en vous donnant des dictées sur le cours d'administration, en vous faisant faire des exercices de petite pharmacie, en complétant l'enseignement des bandages, enfin en vous donnant la traduction d'un manuel anglais sur les soins spéciaux à donner aux aliénés.

Dans quelques instants vous allez recevoir les récompenses que vous a méritées votre travail. Parmi ces récompenses, comme d'habitude, vous en devez un certain nombre à la générosité de personnes qui s'intéressent vivement à l'œuvre que nous avons entreprise (1). Malheureusement, nous avons à signaler la perte de l'un de nos plus généreux donateurs, M. Moreau (de Tours). Toutes vous garderez son souvenir.

(1) Les donateurs sont : M. Charcot, Mme Vve Moreau (de Tours), MM. J. Falret, Legrand du Saulle, Laurent Richard, MM. les Drs Clin, Liouville, Molloy, Ch. Monod, Mme Letulle, M. Yvon, MM. les internes en médecine de l'hospice, MM. les internes en pharmacie, MM. les professeurs de l'Ecole, M. Peyron, M. Brelet, secrétaire général, etc.

J'arrive maintenant aux réformes qui ont été réalisées dans le courant de l'année scolaire 1884-85, ou qui vont être réalisées dans l'année scolaire qui vient de commencer.

Depuis plusieurs années, nous appellions en vain l'attention de l'Administration sur un certain nombre de moyens qui, à notre avis, devaient permettre d'utiliser pleinement les Ecoles d'infirmières; d'avoir des recrues excellentes, nombreuses; d'exciter l'émulation parmi les anciennes élèves des Ecoles, promues aux grades de surveillantes ou de sous-surveillantes. L'an dernier, n'ayant pas eu gain de cause, nous revenions encore sur ces mesures qui peuvent se résumer ainsi:

1° Obligation pour toutes les infirmières des établissements qui possèdent des écoles de suivre les cours primaires, si leur instruction est insuffisante; de suivre, sans exception, les cours professionnels; de prendre part aux exercices pratiques et de faire toutes les compositions.

2° Remplacement des infirmières des trois établissements-écoles, au fur et à mesure des vacances, par les meilleures infirmières des autres hôpitaux, afin de compléter leur instruction et de les rendre aptes à devenir, en peu de temps, de bonnes surveillantes.

3° Invitation à toutes les anciennes élèves des écoles, à prendre part aux compositions afin d'avoir leur diplôme.

M. Peyron nous a entendu, l'an dernier, insister de nouveau sur ces mesures; il les a examinées et, après réflexion, mû par le vif désir de mener vite et bien, en ce qui le concerne, la laïcisation des hôpitaux, il a reconnu que ces mesures devaient être mises à exécution.

En premier lieu, il a imposé l'*obligation*, aux infirmières de Bicêtre, de la Salpêtrière et de la Pitié, de suivre les cours. Nous avons le ferme espoir que les directeurs de ces trois établissements prendront les mesures nécessaires pour que toutes les infirmières se conforment à cette prescription. Nous avons la conviction qu'elles comprendront que cette mesure est prise dans leur intérêt et dans celui des malades. Le nombre des infirmières de tout grade (y compris les suppléantes) est de 354 à la Salpêtrière, de 40 à Bicêtre, de 33 à la Pitié; soit au total 427. Avec la fréquentation obligatoire des écoles, l'Administration est assurée de trouver dans le courant ou à la fin de 1886, tout le personnel nécessaire pour achever la laïcisation et, plus tard, pour fournir aux hôpitaux des villes de la province les sous-surveillantes et surveillantes qu'elles réclament.

Elle le pourra d'autant plus que la seconde mesure prise par M. le Directeur — et qui consiste à remplacer les infirmières partant des écoles, soit pour aller dans d'autres hôpitaux laïcisés, soit pour toute autre cause,—par les meilleures infirmières des hôpitaux, fournira un personnel ayant déjà une pratique sérieuse, n'hésitant pas à donner aux malades tous les soins, même les plus répugnants... ce que ne font pas les religieuses.

En ce qui concerne la troisième mesure, destinée à donner satisfaction aux anciennes élèves des Ecoles qui n'avaient pu avoir leur diplôme par ce qu'elles avaient été envoyées dans des hôpitaux laïcisés avant l'institution des diplômes ou sans avoir pu prendre part à toutes les compositions, voici ce qu'a fait M. le Directeur:

Il a adressé dans le mois de juin une *circulaire* aux directeurs des hôpitaux laïcisés, les chargeant d'inviter toutes les anciennes élèves des Ecoles, surveillantes, sous-surveillantes et suppléantes, dans leur établissement, à se faire inscrire afin de prendre part aux compositions pour l'obtention de ce diplôme.

39 d'entre elles ont répondu à cet appel. 8 ont obtenu le nombre de points fixé par les professeurs, d'accord avec l'Administration, et vont recevoir aujourd'hui le diplôme. La plupart avaient obtenu, d'ailleurs, de nombreuses récompenses aux distributions de prix des années passées. D'autres surveillantes ou sous-surveillantes, au nombre de 31, n'ont pu prendre part à toutes les compositions, par suite d'un défaut d'organisation ou de manque de temps. Nous pensons qu'il est convenable de leur tenir compte de ce qu'elles ont fait déjà et nous demandons à M. le Directeur de bien vouloir leur faire faire les compositions complémentaires, afin que, elles aussi, voient leurs efforts récompensés. Si, comme nous en avons la conviction, M. le Directeur accepte notre proposition, elles seront prévenues à temps et pourront s'exercer et relire avec soin les différents volumes qui composent leur Manuel.

L'exemple qu'elles ont donné cette année portera ses fruits. A la fin de l'année scolaire, c'est-à-dire au mois de juin, nous espérons que toutes les anciennes élèves des Ecoles, sachant bien exactement les conditions qu'elles ont à remplir pour obtenir le diplôme, s'empresseront de se faire inscrire et de prendre part à toutes les compositions.

Nous sommes d'autant plus heureux d'adresser ici nos remerciements à M. Peyron pour ce qu'il a fait, que nous y puisons la confiance qu'il étudiera avec le même soin les autres réformes, propres à assurer le succès de la laïcisation, réformes qu'on nous pardonnera de rappeler encore une fois.

L'*alimentation des infirmiers et des infirmières* a déjà été améliorée, mais d'une façon insuffisante (1). Il est nécessaire qu'on accorde à des hommes et à des femmes qui passent toute leur journée ou toute leur nuit dans des salles de malades, une nourriture meilleure et plus variée.

Les *logements* actuels, surtout les *dortoirs des infirmiers et des infirmières* exigent une transformation immédiate dans la plupart des établissements. Nous en avons cité un exemple tout à fait démonstratif à l'hôpital de la Pitié. Ici, s'ils ne réalisent pas l'idéal, on peut dire qu'ils ont le cube d'air voulu, qu'ils sont propres et très bien tenus. Il y manque des armoires suffisamment grandes et de l'eau. Nous désirerions voir aussi les lits séparés par des cloisons formant des boxes: de sorte que chaque infirmière soit chez elle (2).

Il y aurait certes mieux à faire et nous signalons ce projet à nos amis du Conseil municipal: ce serait de bâtir, à la Salpêtrière, un pavillon pour le personnel secondaire, analogue à ceux qui viennent d'être construits à l'asile de Villejuif. Nous croyons que ces pavillons peuvent, dans l'espèce, servir de modèle, de même que le pavillon des logements des internes de l'hôpital Saint-Antoine, doit servir de modèle dans l'avenir chaque fois que l'on aura à construire des logements pour les internes.

Si la situation des infirmières dans cet hospice, a été améliorée, il reste encore beaucoup à faire. Autrefois, on ne craignait pas d'obliger les infirmières de cet hospice à traîner de lourdes voitures de bois, de charbon, de linge. Il en résultait que beaucoup tombaient vite malades, que d'autres s'empressaient de chercher en ville un travail moins pénible. Le Conseil municipal, en créant *dix places d'hommes de peine*, a permis de vous décharger de cette besogne, qui n'est pas de celle qu'on peut humainement imposer à des femmes dans une société civilisée. Le transport des aliments qui s'effectuait autrefois à l'aide de marmites suspendues à des bâtons et portées par les infirmières sur leurs épaules, s'opère aujourd'hui à l'aide de charriots: c'est là une heureuse innovation que vous devez à M. l'économe. Ce n'est pas toutefois la perfection: Nous pensons qu'il conviendrait, dans un établissement aussi vaste que celui-ci, de relier les services généraux aux divisions par un petit *chemin de fer* du système Decauville.

Aujourd'hui, vous êtes déjà, mesdemoiselles, dans une situation bien meilleure que vos aînées; cependant, il y aura encore à l'améliorer, en vous débarrassant d'un autre travail, le transport des malades des divisions à l'Infirmerie générale et surtout l'ascension des malades aux étages de l'Infirmerie. En attendant l'installation d'un ascenseur, dont on finira bien par reconnaître l'utilité, nous croyons que l'Administration pourrait créer deux places de brancardiers, comme il en existe dans presque tous les hôpitaux. On leur confierait en outre le transport, à l'amphithéâtre, des mortes de l'infirmerie générale et des infirmeries des sections d'aliénées. S'il leur restait du temps de reste, nous pouvons compter sur l'initiative de M. le Direc-

(1) La ration de vin a été portée de 48 centil. à 80 cent. pour les hommes; de 32 cent. à 50 cent. pour les femmes.

(2) Les dortoirs actuels (ceux de l'Infirmerie générale, chacun 12 lits, du bâtiment Hémey, 5 lits, de la buanderie, 2 de 9 et 7 lits, sont destinés aux infirmières des services généraux. Les infirmières des dortoirs des divisions des administrées couchent dans les dortoirs mêmes. Là, il serait possible de les isoler, sans grande dépense, comme nous l'avons fait à Bicêtre dans la nouvelle section des enfants.

teur pour l'employer au mieux des intérêts de la Maison.

A l'heure actuelle, un certain nombre d'entre vous sont encore chargées de monter à bras l'eau dans les dortoirs. Bientôt, les étages des différents bâtiments seront pourvus de colonnes montantes ; l'eau arrivera toute seule dans les dortoirs et, de ce côté, vous aurez une fatigue de moins, en même temps que les administrées, ayant des lavabos à leur disposition, pourront faire aisément leur toilette, sans être forcées de descendre dans les cours, en toute saison, pour se laver aux fontaines... si elles sont quelque peu soucieuses de leur propreté.

La réalisation de ces réformes rendra de grands services et vous sera certes très agréable, Mesdames et Mesdemoiselles ; nous ajouterons qu'elle rendra de réels services à l'Administration en l'aidant à vous conserver dans ses services, et à recruter plus facilement des infirmières pour combler les vacances.

Tout ce qui a été fait pour vous depuis 7 ou 8 ans montre l'intérêt que vous porte, et partant aux malades, le Conseil mnnicipal. Le soin apporté par M. Peyron à examiner sans parti pris les réformes qui ont été réclamées par le Conseil municipal et par nous; la promptitude, chose à laquelle nous n'étions pas habitués, qu'il a mise à réaliser plusieurs de ses réformes, vous sont un sûr garant qu'il étudiera toutes celles que nous venons d'énumérer avec le même esprit, avec la même bienveillance.

Nous savons que vous demandez encore plus et, sur ce point, nous vous devons des explications. Il s'agit de la suite donnée à la *laïcisation*. Qu'a-t-on fait depuis un an ? Que reste-t-il à faire?

C'est en 1877, que le Conseil municipal a réclamé la laïcisation de tous les établissements hospitaliers de Paris, hôpitaux, hospices, asiles, maisons de secours et conseillé la création d'Ecoles d'infirmières dans le but de fournir à l'Administration des surveillantes plus instruites, plus capables que les religieuses. Les Ecoles d'infirmières ont été créées successivement : celle de la Salpêtrière a été ouverte le 1er avril 1878 ; celle de Bicêtre le 20 mai de la même année; celle de la Pitié, le 24 mai 1880.

L'hôpital Laënnec a été laïcisé à la fin de 1878 ;
L'hôpital de la Pitié le 1er octobre 1880 :
L'hôpital de Larochefoucauld en janvier 1881 ;
L'hospice des Ménages en juillet 1881 ;
L'hôpital St-Antoine le 1er août 1881 ;
L'hôpital de Lourcine en juillet 1882 ;
L'hôpital Tenon en juillet 1882 ;
L'hospice d'Ivry en février 1885.

Soit huit établissements en huit ans (1). On voit que loin de procéder avec précipitation, l'Administration a procédé avec une lenteur que nous regrettons et dont la responsabilité n'incombe d'ailleurs, à aucun degré, à M. le Directeur actuel de l'Assistance publique. Il est bien certain que si les adversaires de la République étaient les maîtres demain— c'est une hypothèse que nous faisons, hypothèse que Paris ne laisserait pas réaliser, et qui ne se réalisera pas, soyez rassurées, — il est certain que ce n'est pas en huit ans qu'ils détruiraient ce qui a été fait si péniblement et qu'ils remplaceraient les laïques par des religieuses, mais en *huit jours*.

Nous rappellerons que grâce à l'insistance du Conseil général, qui avait créé une *Ecole départementale d'infirmières à Sainte-Anne*, les asiles d'aliénés de Sainte-Anne, de Ville-Evrard et de Vaucluse ont été laïcisés et que le nouvel asile de Villejuif a été confié à des laïques.

Voilà ce qui a été fait ; voyons la tâche qu'il reste à accomplir, c'est-à dire combien il y a encore d'hôpitaux à laïciser et quel est le nombre de religieuses qu'il s'agit de remplacer par des laïques :

Hôtel-Dieu	21	religieuses.
Charité	18	—
Necker	19	—
Cochin	26	—
Beaujon	20	—
Lariboisière	27	—
Saint-Louis	25	—
Enfants-Malades	28	—
Forges	10	religieuses.
Trousseau	20	—
La Roche-Guyon	7	—
Enfants-Assistés	27	—
	246	religieuses.

De ces hôpitaux, il en est deux pour lesquels M. le Directeur de l'Assistance publique a pris les mesures nécessaires en vue de la laïcisation, l'hôpital Necker et l'hôpital Cochin. Si l'opération n'est pas réalisée, la faute n'en retombe pas sur lui, et nous espérons que bientôt, n'étant plus retenu par des craintes chimériques, le Ministre de l'intérieur, qui s'est déclaré récemment partisan de la suppression du budget des cultes, n'hésitera pas à donner à bref délai l'autorisation de laïciser ces deux établissements, conformément à l'avis favorable émis par le Conseil municipal et le Conseil de surveillance de l'Assistance publique.

Au sujet de l'hôpital Cochin l'Administration a été menacée d'un procès par les héritiers du *fondateur*, l'abbé Cochin. C'est là une singulière prétention. Pour montrer combien elle est peu justifiée, il suffit de citer les faits. Qu'était l'hôpital St-Jacques-du-Haut-Pas — aujourd'hui l'hôpital Cochin — tel que l'avait fait son fondateur ? Tenon va nous le dire :

« *L'hospice de la paroisse Saint-Jacques-du-Haut-Pas*, dit-il, est situé à l'extrémité de la rue du fauxbourg St-Jacques vis-à-vis l'Observatoire ; on y trouve *seize petits lits* pour les hommes, *dix-huit* pour les femmes, dans deux salles au premier étage, soit 34 lits. »

Ceci était écrit en 1788, après la mort de l'abbé Cochin. La Révolution renvoya les sœurs qui furent remplacées par des laïques. Celles-ci y restèrent, paraît-il, jusqu'en 1809. Or, à cette époque, la famille Cochin ne semble avoir ni protesté, ni intenté de procès.

En 1861, l'hôpital Cochin ne ressemblait guère à l'établissement créé par son fondateur. Ce n'est plus 34 lits qu'il contenait, mais 119. Et aujourd'hui la différence est encore bien plus considérable : ce n'est plus 34 lits, ni 119 qui figuent au budget de l'Assistance publique pour 1886, mais 378 ! Qu'est-ce que cela veut dire ? C'est que l'hôpital a été complètement transformé. Que l'Administration — grâce aux subventions municipales — a fait de la fondation minuscule du curé Cochin un grand hôpital. Et parce que l'un des ancêtres de la famille Cochin a fondé 34 lits il y a 105 ans, cette famille aurait le droit d'imposer sa volonté à l'Administration dans la gestion d'un établissement de 378 lits qui appartient, dans une proportion bien plus considérable, à la Ville de Paris ! Des deux fondateurs, l'abbé Cochin et la Ville de Paris, l'un a donné 34 lits, l'autre 344. Auquel des deux l'Administration doit-elle obéir ? Si l'abbé Cochin ressuscitait, il n'hésiterait pas : plaçant l'intérêt des « pauvres » au-dessus de toute autre considération, il s'inclinerait devant les volontés de la Ville et la remercierait d'avoir décuplé sa modeste fondation. L'hôpital Cochin sera donc prochainement laïcisé ; c'est notre conviction (1).

L'Administration ne sera pas plus arrêtée, nous l'espérons, dans la laïcisation de toutes les autres fondations ainsi transformées, qu'elle ne l'aura été dans la laïcisation de l'hôpital Cochin. Et l'exemple qu'elle donnera portera ses fruits en dissipant toutes les appréhensions des municipalités, désireuses de laïciser leurs hôpitaux, mais arrêtées aujourd'hui par la crainte des procès.

L'Administration a pris ses mesures, disions-nous, pour la laïcisation de l'hôpital Cochin ; elle a décidé qu'elle logerait son personnel de surveillantes et de sous-surveillantes en dehors de l'hôpital. L'expérience qu'elle va faire — et sur laquelle nous avions l'an dernier provoqué l'examen de M. le Directeur — ne manquera pas d'intérêt. Il s'agit, en effet, de savoir si le service hospitalier peut se faire sans le plus léger inconvénient pour les malades, avec un personnel logé hors de l'hôpital. Nous ne doutons pas que l'expérience ne réussisse. Il n'y a pas de raison pour que l'on n'obtienne pas du personnel hospitalier l'exactitude rigoureuse que l'on obtient dans les magasins, les ateliers, les administrations de la ville.

(1) Voir page 311 l'article sur les *Fondations hospitalières*.

Cette faculté d'habiter au dehors, nous croyons que l'Administration pourrait l'accorder aux personnes de la ville qui désirent embrasser la profession d'hospitalières et qui sont retenues aujourd'hui par les ennuis de la vie en commun, surtout du coucher en dortoir. Le matin, à l'heure dite, elles prendraient leur service d'infirmières ; le soir, à l'heure fixée pour la prise du *service de nuit*, elles s'en retourneraient chez elles. Nul inconvénient à cela, le personnel sédentaire étant suffisamment nombreux pour parer à toutes les éventualités.

Je viens de prononcer les mots *service de nuit*. Je demande la permission, à M. le Directeur, de m'arrêter un instant sur son mode de fonctionnement.

Durant la nuit, les grands malades exigent des soins tout aussi minutieux, sinon plus, que pendant le jour ; ils ont besoin de prendre les médicaments prescrits ; ils ont besoin d'avoir les mêmes soins de propreté. Les convalescents, par exemple les typhiques, doivent être alimentés, soutenus, à des intervalles réguliers ; cette alimentation doit être surveillée avec la plus grande rigueur. Cet ensemble de soins exige des personnes instruites, expérimentées, d'autant plus que la nuit, malgré toute la bonne volonté du monde, les facultés intellectuelles sont moins éveillées, on se trouve embarrassé en face d'incidents qui, le jour, ne nous causeraient aucun ennui. Eh bien, à quelles personnes confie-t-on ce service si difficile, si délicat ? Aux personnes les plus inexpérimentées. Jusqu'ici on ne s'est pas rendu un compte suffisant de la nécessité de réformer complètement ce service de nuit qui, tel qu'il est, a de déplorables conséquences. Un fonctionnaire hospitalier nous disait, il y a quelque temps, parlant d'une personne qui demandait une place d'infirmière : « Je ne puis pas la prendre comme infirmière de jour, parce qu'elle ne sait rien, n'ayant jamais soigné de malades ; je la prendrai comme veilleuse. » — Un autre fonctionnaire, résumant, à cet égard, ce qui se fait dans tous les établissements, nous disait : « Ce sont les derniers venus, ce sont les dernières venues qui prennent la veille. »

Telle est la situation. Vous en signaler les inconvénients, M. le Directeur, c'est, j'en ai la conviction, assurer leur disparition par une *réorganisation complète du service de nuit*. Le Conseil municipal n'hésitera pas à vous donner les ressources que vous lui demanderez.

J'avais l'intention d'exposer une fois de plus, en détail, par une comparaison minutieuse, les raisons qui montrent les avantages des surveillantes laïques sur les religieuses. Mais cela m'entraînerait loin et j'ai déjà retenu trop longtemps votre attention. Je me bornerai donc aux considérations suivantes et c'est par là que je terminerai.

Les exigences de la médecine et de la chirurgie modernes, qui appliquent des moyens nouveaux de traitement très minutieux, veulent de plus en plus que les auxiliaires des médecins, des chirurgiens et des accoucheurs soient non seulement dévouées, mais instruites, présentes à chaque instant, détournées par aucune préoccupation. C'est pour répondre à ces exigences, que dans la plupart des pays on a créé de véritables écoles professionnelles pour les infirmières. En France, on ne s'en préoccupe pas ; on ignore ce qui se fait à l'étranger ; on est surpris ensuite des critiques que l'on formule contre nos hôpitaux, contre notre organisation, contre les résultats de la chirurgie. On ne s'est pas encore bien pénétré de la nécessité d'avoir des infirmières instruites. On commence à peine à ouvrir les yeux et tel chirurgien éminent qui a manifesté contre la laïcisation, en est arrivé à déclarer publiquement, il y a quelques mois, que les résultats obtenus par les chirurgiens étrangers ne pouvaient pas l'être avec les religieuses, avec leurs habitudes, leurs pratiques, leur routine et leur ignorance. C'est là un aveu précieux.

On se figure aussi, dans le monde, que le remplacement des religieuses par des surveillantes laïques est une innovation révolutionnaire. C'est une erreur : tous les hôpitaux russes sont confiés à des laïques ; il en est de même aux Etats-Unis, au Portugal, et dans la plupart des établissements hospitaliers de la Suisse, de l'Allemagne, de l'Angleterre, sans compter le grand hôpital de Vienne, la capitale de la catholique Autriche.

Une autre considération plaide en faveur de la laïcisation ; elle n'est plus d'ordre médico-chirurgical, mais d'ordre administratif. Aujourd'hui que l'on exige, des religieuses et des religieux, des diplômes pour être institutrices ou instituteurs, il en résulte que beaucoup de jeunes filles qui, autrefois, se faisaient religieuses pour échapper à certaines conditions sociales, ne le font plus, dès lors qu'il faut travailler, avoir un brevet : les plus intelligentes cherchent bien à l'obtenir, mais l'ayant, restent dans la société civile. Même chose pour les hommes. Il s'en suit que le recrutement des congrégations est rendu heureusement de plus en plus difficile. Et lorsque le service militaire aura enfin été rendu obligatoire pour tous, on verra le nombre des frères instituteurs et des frères hospitaliers se réduire de plus en plus.

Ces difficultés du recrutement des congrégations font une obligation à une administration prévoyante, de chercher parmi les laïques les personnes qui lui sont nécessaires. Et une fois entrée dans cette voie, elle a le devoir impérieux d'assurer de l'avancement à ces laïques, si elle veut exiger d'elles toutes les qualités indispensables pour bien soigner les malades.

Enfin, il est une considération d'ordre social et politique qui vient s'ajouter à toutes les autres pour terminer la laïcisation. Je dis *terminer*, c'est que, en effet, nous ne faisons, à l'heure actuelle, que compléter l'œuvre de nos devanciers.

La laïcisation a commencé lorsque, sous l'ancienne monarchie, le Roy a enlevé aux chanoines de Notre-Dame l'administration de l'Hôtel-Dieu — l'assistance publique de l'époque — pour la confier à des laïques ; elle a continué quand, organisant l'Hôpital général, c'est-à-dire la Salpêtrière, Bicêtre, la Pitié, etc., le Roy en a confié non seulement l'administration à des laïques, mais aussi la mission de soigner les malades à des laïques.

La laïcisation a continué lorsqu'on a enlevé l'Economat aux religieuses ; lorsqu'on leur a enlevé la direction de la pharmacie. Et cela se passait sous Louis XVIII. En voici la preuve :

D'après un arrêté du Conseil général des hospices du 23 juin 1819, il y avait, à cette époque, une sœur faisant fonctions d'économe dans les établissements suivants : Charité, St-Antoine, Enfants malades, Orphelins, Enfants trouvés. Il y avait une sœur économe et une sœur agent de surveillance à Necker et à Cochin : les descendants des familles Necker et Cochin ne semblent pas avoir protesté contre cette substitution des laïques aux religieuses.

La laïcisation a continué lorsqu'on a confié à des laïques la Maison de Ste-Périne, l'hôpital des Cliniques, la Maison municipale de santé ; lorsqu'on a laissé des laïques à la Maternité, à l'hôpital du Midi ; lorsqu'on a confié les services des hommes aliénés à des laïques.

Et ces faits se sont produits sous la monarchie absolue ; sous la monarchie de juillet, même sous l'Empire.

Nous ne faisons donc que poursuivre l'œuvre de nos devanciers, répondant en cela aux besoins de la science, aux intérêts impératifs de la Société civile.

La Société civile, si elle ne veut être sans cesse en lutte contre les envahissements perpétuels de la Société religieuse, doit enlever aux congrégations tous ses moyens d'action ; toutes ses ressources officielles. Tout congréganiste, quelle que soit sa robe, ou sa coiffe, est d'ores et déjà un ennemi irréconciliable de la Société civile. En l'éliminant, en lui enlevant traitement et moyen de propagande, on rend service à la Société civile sans lui créer un ennemi de plus. Et chaque fois, au contraire, que l'on remplace une *sœur* par une *laïque*, un *frère* par un *laïque*, on rend service à la Société civile, sans lui causer de tort. Loin de là : c'est qu'en effet on attache à la Société civile, non seulement la personne qui remplace la religieuse, mais sa famille tout entière, solidaire dans ses intérêts. La religieuse, elle, a renié sa famille.

L'intérêt des malades, l'intérêt de l'Administration, celui de la science, l'intérêt de la République qui nous est chère à tous, concordent à démontrer la nécessité de mener, promptement et bien, à sa fin la laïcisation de l'Assistance publique.

Ces sentiments, qui animent et inspirent le Conseil municipal, représentant la ville de Paris, sont ceux de M. le Directeur de l'Assistance publique, et je ne doute pas qu'il ne fasse tous les efforts nécessaires pour terminer à bref délai la laïcisation de tous les hôpitaux de Paris.

A vous de l'aider, en travaillant avec courage, en accomplissant scrupuleusement tous vos devoirs, en vous instruisant, en vous montrant dévoués envers les malades.

Les religieuses ont le savoir au-dessus de la tête, dans leur *coiffe* ; enlevez là, rien ne reste. Quant à leur cœur, je parle du cœur humain, elles l'ont laissé à la porte du couvent. Il faut que, vous, vous ayez le savoir dans la tête, le dévouement dans le cœur.

Après ce discours il a été procédé à la distribution des prix et à la délivrance des diplômes.

Concours de l'internat. — Suite de l'incident. — L'épreuve nouvelle.

Voici comment M. Gouguenheim a raconté les incidents du concours à l'un des rédacteurs du *Gaulois* (15 octobre) :

Le chef de service de l'hôpital Bichat est de petite taille : très brun, il ne porte que la moustache, et derrière son lorgnon le regard paraît intelligent.

— Vous venez me demander des explications au sujet des reproches qui me sont adressés ; je vais vous satisfaire, nous dit M. Gouguenheim. Dans un hôpital, vous ne l'ignorez pas, l'interne est le collaborateur, l'aide de tous les instants, l'*alter ego* du chef de service. Sans cesse en contact avec lui, il ne tarde pas à connaitre ses théories, ses opinions scientifiques.

« A l'hôpital Bichat, mon interne, M. Cahn, garçon de 25 ans environ, m'a toujours servi avec assez d'intelligence. Le jour de l'ouverture du concours, je le quittais à onze heures, et, peu d'instants après, il sortit à son tour de l'hôpital, avec l'un de ses collègues. Quelques instants avant l'examen, M Cahn se trouvait à la porte de l'Assistance publique et là, allait de groupe en groupe en répétant : « Je connais le sujet du concours ; on vous demandera de traiter le choléra asiatique. »

« Notez bien qu'à ce moment il était midi moins quelques minutes, trop tard par conséquent pour qu'un candidat, convaincu de la véracité de ce renseignement, pût en tirer quelque profit. Mais mon interne mentait en disant être sûr de son dire ; rien n'avait pu, dans ma conversation, lui donner vent de quoi que ce fût : c'est à peine si, connaissant mes idées en matières scientifiques, il pouvait croire que cette question allait être posée par moi : en tout cas, ce n'était là qu'un *tuyau*, comme disent, je crois, les gens qui s'occupent de courses.

« Le concours est ouvert et les étudiants, qui se livrent au *chahut* de circonstance, — coutume traditionnelle — écoutent la question qui leur est posée : le diagnostic du choléra. Cependant M. Cahn sort, se rend dans une brasserie voisine où se trouvaient réunis quelques étudiants, et leur dit, en se frottant les mains : « Eh bien ! n'avais-je pas raison ? Et puis, vous savez, j'ai envoyé des télégrammes, j'ai prévenu les amis : ah ! j'ai rendu là de bien grands services. » Incroyable légèreté qui ne trouve son excuse que dans la naïveté de celui qui s'en rendait coupable !

« A peine étais-le rentré chez moi, que M. Cahn, comprenant la gravité de l'acte qu'il venait de commettre et le tort que ses paroles pouvaient me causer, s'en venait frapper à ma porte, et, la tête basse, m'avertissait des bruits qu'il avait répandus, des manœuvres dont il était l'auteur et qu'il qualifiait de plaisanteries ; puis, spontanément, il se déclarait prêt à affirmer à tous que rien, dans ma conduite, dans mes paroles, n'avait pu l'amener à connaître le sujet du concours et que le hasard seul l'avait servi.

« Vous êtes au courant de ce qui a suivi, vous savez que devant les plaintes, les protestations d'une cabale, aussi minime que bruyante, le jury, qui avait d'abord voulu démissionner en masse, a résolu d'avertir l'administration ; un second concours aura lieu.

« La protestation de mes élèves de l'hôpital Bichat a été insérée dans les journaux : elle seule suffirait pour me couvrir, si je n'étais à l'abri de tout soupçon. Bien plus, comment expliquez-vous, monsieur, autrement que par l'influence occulte d'une cabale, ce fait qu'aucune protestation ne s'est produite au moment où, dans le grand amphithéâtre de l'Assistance publique, le sujet du concours a été proclamé ?

— Et quelle mesure sera prise à l'égard de M. Cahn ?

— Que voulez-vous ? La démarche spontanée de ce malheureux m'a prouvé que je n'avais pas eu affaire à un traitre, mais bien à un inconscient. Cet homme, par sa faute, a brisé sa carrière : aucun chef de service ne voudra plus de lui. Je le crois assez puni ; ce matin, je lui ai conseillé de demander un congé et de voyager pendant quelque temps. Peut-être, cependant, sera-t-il l'objet d'une peine disciplinaire. »

En réponse à ce récit, M. Cahn a envoyé au même journal la lettre suivante :

Paris, 16 octobre 1885.

Monsieur le Rédacteur,

En présence des déclarations . . . . faites par M. Gouguenheim à un rédacteur du *Gaulois*, il ne m'est plus permis de garder un silence et une réserve qui pourraient être interprétés pour de la lâcheté. Tant qu'il ne s'est agi que de questions administratives, je n'avais pas à entrer dans le débat, étant coupable de légèreté et d'imprudence ; mais, du moment où ma carrière et mon avenir sont en jeu, il ne m'est plus permis de me taire.

Le matin du 7 octobre, jour du concours de l'externat, M. Gouguenheim me dit : « Je vais proposer au jury les deux questions suivantes : 1° vaisseaux de l'intestin ; anatomie pathologique, signes et diagnostic du choléra asiatique ; 2° sinus de la dure-mère, carie du rocher. » Cet entretien avait lieu à onze heures, dans le cabinet des médecins, en dehors des salles du service et en l'absence des élèves candidats. Je répétais ces propos à la salle de garde, devant mes collègues ; je déjeunai avec l'un d'eux, qui m'accompagna à l'Assistance publique, où nous arrivâmes à midi moins quelques minutes, et le concours s'ouvrait officiellement à midi. — Là, dans la conversation que j'eus avec quelques candidats, je donnai mes idées sur les questions probables du concours, me basant sur ce que m'avait dit mon chef, et mon collègue imita mon exemple.

Ensuite je me rendis avec la plupart de mes collègues à la brasserie Dreher, où je leur dis : « Je prévoyais la question depuis le matin, j'ai envoyé des télégrammes à mes amis » — faits que l'enquête a démontré nuls et n'ayant jamais existé ; c'était donc bien une plaisanterie.

Je ne vous rappellerai pas les divers incidents qui ont eu lieu depuis. L'enquête s'est faite, le concours est annulé, les élèves externes du service ont protesté énergiquement contre l'accusation imputée contre leur chef, M. Gouguenheim a écrit deux lettres indignées au *Temps* et au *Figaro*, lettres d'où il sortait pur de tout soupçon. Quant à moi, interne du service, j'avais reçu un blame sévère de l'Administration, et plusieurs journaux répétaient que ce n'était que par les divulgations de l'interne de M. Gouguenheim que le concours avait été cassé ; j'étais donc assez visé et assez atteint.

Bref le bruit paraissait se calmer et l'incident prendre fin, quand mon chef, interviewé par le *National* et le *Gaulois*, se livra à une charge à fond contre moi ; dans le *National*, il ne me nomma pas, tout *en me traitant d'inconscient* ; mais dans son entretien avec le rédacteur du *Gaulois*, il déclara que ma carrière était brisée, qu'aucun chef de service ne voudrait de moi comme interne, et que peut-être je serais l'objet d'une peine disciplinaire.

Devant des allégations aussi outrageantes, je lui demandais une rectification, il me l'a refusée et m'autorise ainsi à tout dire.

Samedi soir, jour du boucan, je me rendis chez lui pour avoir quelques renseignements. Il me les donna, me dit que je serais appelé le lendemain à l'Administration, et me donna oralement le sens des déclarations que je devais faire devant la commission d'enquête. « Vous prendrez tout sous votre bonnet, me dit-il ; vous direz qu'il n'y a dans vos assertions qu'une coïncidence et un pur effet du hasard. »

Devant ces paroles, comme c'était moi qui, par une imprudence de langage, avait causé tout cet émoi et avait mis mon chef dans cette fausse situation, je résolus de le couvrir jusqu'au bout et de nier avec énergie qu'il m'eût dévoilé quoi que ce soit. C'est ce que je fis, comme le prouvent mes dépositions. Mes collègues déclarèrent que je m'immolais pour mon chef ; quand je lui fis part de cet argument, il me tint ce langage : « Vous leur direz que vous n'êtes pas le plat valet de votre chef de service, et que vous avez souci de votre honneur autant que personne. » J'eus le malheur de suivre ces conseils, je persistai dans mes déclarations jusqu'au bout, et l'enquête conclut à ce fait : « M. Gouguenheim n'a rien divulgué à ses élèves externes. »

Tout allait donc être oublié, lorsque M. Gouguenheim jugea à propos de faire dans le *Gaulois* le récit qu'on a pu lire dans le numéro du jeudi matin, 15 octobre...

1° Samedi soir 10 octobre, jour du boucan, M. Pozzy, président du jury de l'internat, lut une déclaration dans laquelle tous les membres du jury déclaraient sur l'honneur n'avoir rien divulgué de la question. Or, M. Gouguenheim m'avait dit, une heure et demie avant l'ouverture du concours, qu'il mettrait la question du choléra dans l'urne.

2° Dans son entretien avec le rédacteur du *National*, M. Gouguenheim tient ces propos : « En dehors du service, j'ai eu des entretiens avec mon interne, mais toujours avec lui, et surtout avec ses externes, je me suis abstenu de causer du sujet que je devais proposer au concours d'internat, d'autant plus que j'étais membre du jury. »

3° Dans son entretien avec le rédacteur du *Gaulois*, M. Gouguenheim s'exprime en ces termes : « Mon interne mentait en di-

sant être sûr de son fait ; rien n'a pu, dans ma conversation, lui donner vent de quoi que ce soit ; c'est à peine si, connaissant mes idées en matières scientifiques, il pouvait croire que cette question allait être posée par moi. »

Voilà les faits dans toute leur réalité.

. . . .

Je suis coupable de légèreté et d'imprudence ; quant à moi, j'accuse M. Gouguenheim d'avoir altéré sciemment la vérité, et cela à plusieurs reprises.

L'Administration seule avait le droit de m'infliger une peine disciplinaire, mais mon chef de service n'avait pas le droit de m'outrager, surtout entre ce qui s'était passé entre nous.

Que le public soit juge ; peut-être la question sera-t-elle portée devant les tribunaux, c'est une solution que j'appelle de tous mes vœux.

Léon Cahn,
Interne des hôpitaux (hôpital Bichat).

Ainsi que nous l'avons annoncé, il a été procédé à une nouvelle composition écrite le lundi dix-neuf octobre. Le sujet de la composition a été : *Circonvolutions de la face convexe du cerveau ;—Causes et signes de l'hémiplégie de cause cérébrale.* — L'Administration a procédé par le tirage au sort à l'appel des candidats qui ont dû se placer au fur et à mesure. Puis, la question tirée, on a fait immédiatement évacuer l'amphithéâtre, par les chefs de conférences et les internes. Cette mesure est d'autant plus justifiée que des chefs de conférences ou des internes profitaient du brouhaha qui se fait au moment de la sortie pour séjourner dans l'amphithéâtre et donner à leurs élèves le plan de la composition. Sur ce point, nos renseignements personnels concordent avec ceux qui ont été donnés, il y a quelques jours, par la *Tribune médicale*.

Faculté de médecine de Paris.

Premier trimestre de l'année scolaire 1885-86. — *Inscriptions, consignations et travaux pratiques.*

I. Inscriptions : Le registre d'inscription est ouvert depuis le jeudi 15 octobre. Il sera clos le samedi 21 novembre, à 3 heures. Les inscriptions seront délivrées dans l'ordre ci-après, de midi à 3 heures de l'après-midi : 1° Inscriptions de première et de deuxième années de doctorat et de première année d'officiat, les jeudi 15, vendredi 16, samedi 17, mercredi 21, jeudi 22, vendredi 23, samedi 24, mercredi 28, jeudi 29, vendredi 30 octobre, et les mercredi 4, jeudi 5, vendredi 6 novembre (La neuvième inscription de doctorat sera délivrée aux mêmes jours). 2° Inscriptions de troisième et quatrième années de doctorat, deuxième, troisième et quatrième années d'officiat, les jeudi 12, vendredi 13, mercredi 18, jeudi 19, vendredi 20 et samedi 21 novembre. MM. les Etudiants sont tenus de déposer, un jour à l'avance, leur feuille d'inscriptions chez le concierge de la Faculté ; il leur sera remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au Secrétariat pour prendre leurs inscriptions. Les numéros d'ordre pour les inscriptions de 3e et 4e annees de doctorat et de 2e, 3e et 4e années d'officiat (soumises au stage) ne seront distribués qu'à partir du mardi 10 novembre 1885.

Avis spécial à MM. les internes et externes des hôpitaux. — MM. les étudiants, internes et externes des hôpitaux, devront joindre à leur feuille d'inscriptions un certificat de leur chef de service, indiquant qu'ils ont rempli avec exactitude leurs fonctions d'interne ou d'externe pendant le 4e trimestre 1884-85. — Ce certificat doit être visé par le directeur de l'établissement hospitalier auquel l'étudiant est attaché. — Ces formalités sont de rigueur. Les inscriptions seront refusées aux internes et externes des hôpitaux qui négligeraient de les remplir.

II. Consignations pour examens : Les bulletins de versement des droits de consignation pour tous les examens seront délivrés, à partir du 12 octobre, les lundi et les mardi de chaque semaine, de midi à 3 heures. En ce qui concerne le premier examen de doctorat (nouveau régime) et les examens de fin d'année, les bulletins de versement ne seront délivrés que le lundi 12 et le mardi 13 octobre, conformément à l'avis déjà donné au mois de juillet. Les consignations pour examens de fin d'année ne seront reçues que sur présentation d'une autorisation spéciale.

III. Travaux pratiques : Les travaux pratiques sont obligatoires ou facultatifs. Ils sont obligatoires pour tous les étudiants aspirant au doctorat ou à l'officiat. Ils sont facultatifs pour les étudiants ayant 16 inscriptions. Les droits afférents aux travaux pratiques obligatoires sont soldés en prenant l'inscription trimestrielle correspondante. Sont admis à prendre part aux travaux pratiques facultatifs, à la condition d'y être autorisés par M. le Doyen, sur leur demande écrite : 1° Les étudiants ayant 16 inscriptions ; 2° les docteurs français ; 3° les docteurs et étudiants étrangers à la Faculté. L'autorisation est valable pour la durée de l'année scolaire. Les droits sont de 40 fr., payables en une fois.

IV. Cartes d'étudiant : Les cartes d'étudiant, pour l'année scolaire 1885-86, seront délivrées au secrétariat de la Faculté, aux jours et heures indiqués pour les inscriptions et les consignations.

Choléra.

France. — On signale encore quelques cas isolés de choléra en Algérie, dans les *Alpes-Maritimes*, et dans quelques villages limitrophes des Pyrénées. — On a attribué aussi au choléra asiatique quelques cas de choléra qui se seraient produits à *Quimper*, à *Concarneau*, à *Pnot-l'Abbé*.

En *Espagne* et en *Italie* l'épidémie est toujours en décroissance et ne tardera pas à disparaître.

Thèses soutenues à la Faculté de Médecine.

Mercredi 28. — M. Munschina. Contribution à l'étude des accidents laryngés chez les ataxiques. — M. d'Emmerez de Charmoy. Contribution à l'étude clinique du cancer de l'œsophage et du rétrécissement qu'il détermine. — M. Rochette. Essai sur la tuberculose primitive du scrotum. *Jeudi* 29. — M. Skinner. Sur une nouvelle méthode balnéothérapique réfrigérante spécialement employée dans le traitement de la fièvre typhoïde. — M. Adriet. Contribution à l'étude du grattage de l'utérus. *Samedi* 31. — M. Gérard. Essai sur la pathogénie des ulcères variqueux. — M. Perrin de la Touche. Des ecchymoses cutanées ; étude médicolégale.

Enseignement médical libre.

Cours particulier de technique microscopique. — M. le Dr Latteux, chef du Laboratoire de la Charité, commencera un nouveau cours, le lundi 2 novembre, à 8 heures du soir, dans son laboratoire, rue du Pont-de-Lodi, n° 5. Ce cours, essentiellement pratique, est destiné à mettre les élèves en mesure d'exécuter les analyses microscopiques exigées journellement par la profession médicale. Pour cela, ils sont exercées individuellement et répètent eux-mêmes toutes les manipulations. Les microscopes et autres instruments sont à leur disposition. On s'inscrit chez le Dr Latteux, rue Jean-Lantier, n° 4, près le Châtelet, de 1 heure à 2 heures, excepté le jeudi.

INSTRUMENTS ET APPAREILS

Périmètre portatif de Galezowski.

La science ne se constitue que par la multiplication des observations précises ; et souvent celles-ci ne se multiplient que grâce à l'ingéniosité d'appareils pratiques faciles à transporter. Telles sont

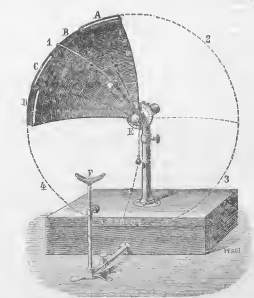


Fig. 95.

les qualités du nouvel instrument de Galezowski (1) soit un huitième de sphère creuse subdivisé en quatre segments A. B. C. D. qui se développent en éventail, et que l'on peut à volonté placer dans toutes les positions 1, 2, 3, 4, diamétralement opposées, soit le point E fixé par le malade. Une tige en part qui suit la

(1) Construit par la maison Roulot, quai des Orfèvres.

courbure intérieure de la sphère ; c'est le long de cette tige que glisse le cavalier. Les ailes de la sphère, la tige, le cavalier sont grâce à un mécanisme ingénieux mus par l'observateur placé derrière l'appareil, de sorte que l'œil du malade, parfaitement abrité des objets environnants par les quatre segments de sphère se trouve également isolé de la main du médecin. Il va sans dire que la concavité de la sphère est pourvue de divisions concentriques de dix en dix degrés. En outre, la partie convexe porte en son centre un cadran divisé par quinze degrés destinés à marquer l'axe d'inclinaison du segment de sphère. Ainsi peuvent être notées les mesures de la vision périphérique sur toute l'étendue du champ visuel. L'appareil se fixe sur le couvercle de la boite qui le renferme ; la tige qui le supporte, se compose de deux pièces rentrant l'une dans l'autre, de sorte qu'on obtient des hauteurs variables. Une mentonnière F supporte la tête du malade à une hauteur et à une distance également réglées par des glissières horizontales et verticales, l'ensemble de la tige coudée correspondante se rattachant au bas de la boite. Lorsque l'examen est terminé, on superpose les quatre lames de l'éventail sphérique, et l'on range le tout dans la gaîne. En somme, le regard du malade est dirigé d'une traite sur une surface sphérique égale à 1/8 de sphère ; il suffit de porter cette surface alternativement sur chaque cadran de la circonférence pour obtenir la totalité du champ visuel enregistré chez le patient lui-même. P. K.

NOUVELLES

Natalité a Paris. — **Du dimanche 11 octobre au samedi 17 octobre 1885, les naissances ont été au nombre de 1025 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 378, illégitimes, 131. Total, 509. — *Sexe féminin* : légitimes, 368 ; illégitimes, 48. Total, 516.**

Mortalité a Paris. — **Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 11 octobre au samedi 17 octobre 1885, les décès ont été au nombre de 897, savoir : 504 hommes et 393 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 27. F. 16. T. 43. Variole : M. 1, F. 4, T. 5. — Rougeole : M. 5, F. 4, T. 9. — Scarlatine : M. 0, F. 1 T. 1. — Coqueluche : M. 0, F. 1, T. 1. — Diphthérie, Croup : M. 15 F. 12, T. 27. — Dyssenterie : M. 1, F. 0, T. 1. — Erysipèle : M. 1, F. 1 T. 2. — Infections puerpérales : 3. — Autres affections épidémiques : M. ., F. ., T. .. — Méningite tuberculeuse et aiguë : M. 10 F. 13, T. 23. — Phthisie pulmonaire : M. 118, F. 58. T. 176. — Autres tuberculoses : M. 22, F. 12, T. 34. — Autres affections générales : M. 35, F. 26 T. 61 — Malformations et débilité des âges extrêmes : M. 18, F. 27, T. 45. — Bronchite aiguë : M. 10, F. 5, T. 15 — Pneumonie : M. 21, F. 26, T. 47. — Athrepsie : M. 28, F. 26 T. 54. — Autres maladies des divers appareils : M. 163 F. 145, T. 308. — Après traumatisme : M. ., F. ., T. .. — Morts violentes : M. 20 F. 5. T. 25. — Causes non classées M. 9, F. 8, T. 16.**

***Mort-nés et morts avant leur inscription* : 82 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 27; illégitimes, 17. Total : 44. — *Sexe féminin* : légitimes, 24 ; illégitimes, 14. Total : 30.**

Faculté de médecine de paris. — *Travaux pratiques d'anatomie pathologique.* — Les travaux pratiques d'anatomie pathologique ont commencé le *lundi* 12 *octobre* 1885. MM. les étudiants, pourvus de 12 inscriptions, sont priés de se faire inscrire à l'Ecole pratique (laboratoire d'anatomie pathologique), pour les travaux pratiques concernant l'anatomie pathologique, les mardis et vendredis à partir du lundi 14 septembre 1885 jusqu'au mardi 17 novembre inclus, et de 1 heure à 2 heures de l'après-midi. Une carte d'admission leur sera délivrée. Ils sont prévenus que, dans le cas où ils négligeraient de se faire inscrire aux dates ci-dessus indiquées, les inscriptions ultérieures leur seront refusées.

Semestre d'hiver. — *Travaux pratiques* (1re année). — Les travaux pratiques de physique, de chimie et d'histoire naturelle commenceront le mardi 3 novembre 1885. Ils auront lieu, pendant le 1er semestre 1885-86, aux jours et heures ci après désignés, dans les laboratoires installés à cet effet, à l'ancien Collège Rollin, 2, rue Vauquelin.

1° *Physique.* — Mardi, jeudi et samedi, de 4 heures à 6 heures du soir. Les inscriptions seront reçues au laboratoire de M. Guebhard, chef des travaux (ancien collège Rollin), du jeudi 15 au samedi 31 octobre inclus, de 9 heures à 11 heures du matin.

2° *Chimie.* — Mardi, jeudi et samedi, de 8 heures à 10 heures 1/2 du matin. Les inscriptions seront reçues au laboratoire de M. Hanriot, chef des travaux (ancien collège Rollin), du jeudi 15 au samedi 31 octobre inclus, de 9 heures à 11 heures du matin.

3° *Histoire naturelle.* — Lundi et jeudi (1re série), mardi et vendredi (2e série), de 9 heures à 11 heures du matin. Les inscriptions seront reçues au laboratoire de M. Faguet, chef des travaux (ancien collège Rollin), aux jours indiqués ci-dessus pour la chimie, de 9 heures à 11 heures du matin. MM. les élèves devront, au préalable, s'être fait inscrire pour la chimie. Passé le 31 octobre, aucune inscription ne sera plus admise, à moins d'autorisation spéciale.

En recevant l'inscription des élèves, MM. les Chefs des travaux remettront à chacun d'eux une carte d'entrée, sur présentation de la quittance à souche constatant le paiement des droits.

Dans l'intérêt de leurs études, MM. les élèves sont invités à demander leur inscription le plus tôt possible. Ils sont prévenus de leur mise en série par MM. les Chefs des travaux.

Faculté de médecine de Paris. — Les Drs Gombault et Cadiat (!) sont délégués dans les fonctions de conservateur des musées Orfila et Dupuytren pendant l'année scolaire 1885-1886. — MM. Hache et Beurnier sont maintenus dans les fonctions d'aides d'anatomie, du 1er octobre 1885 au 30 septembre 1886.

Faculté de médecine de Lille. — M. Th.-Ch. Barrois, docteur en médecine, et licencié ès sciences naturelles, est nommé maître de conférences d'histoire naturelle pendant l'année 1885-86. — M. Curtis, docteur en médecine, prosecteur, est délégué pour l'année 1885-1886 dans les fonctions de chef des travaux anatomiques, en remplacement de M. Chotin, démissionnaire. — M. Carpantier, aide d'anatomie, est délégué pour la même année dans les fonctions de prosecteur, en remplacement de M. Curtis.

Faculté de médecine de Montpellier. — M. Mossé, agrégé, est maintenu pour quatre ans dans les fonctions de préparateur du laboratoire de clinique médicale à ladite Faculté. — M. Gillis, est délégué pendant l'année 1885-1886, dans les fonctions de chef des travaux anatomiques et de médecine opératoire. — M. le Dr Lauret est nommé pour trois ans, chef des travaux de physique (emploi nouveau).

Faculté de médecine de Montpellier. — Par décret, en date du 16 octobre 1885, sont nommés : M. Tedenat, agrégé, professeur de clinique externe ; M. Grynfelt, agrégé, professeur d'opérations et appareils.

Faculté des sciences de Marseille. — M. Sauvage, professeur de mécanique rationnelle à la Faculté des sciences de Montpellier, est transféré sur sa demande, dans la chaire de calcul différentiel et intégral à la Faculté des sciences de Marseille, en remplacement de M. l'abbé Aousi.

Faculté des sciences de Toulouse. — M. Roule, docteur ès sciences, chef des travaux pratiques d'histoire naturelle à l'Ecole de plein exercice de médecine et pharmacie de Marseille, est nommé pour l'année 1885-86, maître de conférences de zoologie à la Faculté des sciences de Toulouse.

Ecole pratique des hautes études. — M. Joly, docteur ès sciences physiques, maître de conférences de chimie à la Faculté des sciences de Paris, est chargé en outre des fonctions de sous-directeur du laboratoire de chimie, dirigé par M. Debray, en remplacement de M. Hautefeuille.

Ecole pratique des hautes etudes. — Des subventions, des bourses d'études et de voyage, viennent d'être accordées aux élèves ci-dessous, de la section des sciences naturelles : MM. Audollent, Cuénot, Abadie, Bovier-Lapierre, Chudzinski, Vialleton, Guitel, Roussy, Beauregard, Kilian, Lacroix.

Députés-médecins — MM. Clémenceau, Frébault, Paul Bert, Villeneuve, Lanessan et Bourneville ont été nommés députés de la Seine le 18 octobre courant.

Nécrologie. — Les médecins militaires : MM. Lucotte, Bonnet et Gérardin, viennent de succomber au Tonkin. — La *Gazette des Hôpitaux* annonce la mort de M. le Dr Gross (de Strasbourg), celle du professeur Bach, ancien doyen des Facultés des sciences de Strasbourg et de Nancy, et celle du Dr Aubry, médecin en chef honoraire de l'Hôtel-Dieu de Blois.

13e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. II. N° 44 BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 31 OCTOBRE 1885.

Le Progrès Médical

CLINIQUE INFANTILE

HÔPITAL DES ENFANTS. — **M. J. SIMON.**

De la diarrhée chez les enfants (1);

Leçon recueillie par M. CARRON, interne du service.

Messieurs,

Symptomatologie, diagnostic. — On dit qu'il y a diarrhée chaque fois que les évacuations alvines sont fluides, plus fréquentes qu'à l'état normal, et qu'elles sont altérées dans leurs qualités physiques et chimiques.

Il faut que toutes ces conditions soient plus ou moins remplies. Un nouveau-né rend 2 à 3 selles par jour sans être atteint de diarrhée. Ces déjections sont molles en pleine santé, et vous ne serez autorisés à leur donner la qualification de diarrhéiques que si la fluidité, la couleur, la composition habituelles sont altérées.

La diarrhée reconnue, vous devrez en spécifier la nature. L'examen des matières expulsées, les symptômes concomittants nous serviront de guide à cet égard. C'est ainsi qu'on arrive à reconnaître aisément la *dyspepsie*, la *congestion catarrhale* et l'*inflammation des intestins.*

Dans le premier cas, les selles sont composées en majeure partie d'aliments non digérés. Chez le nouveau-né, au lieu d'être jaunes d'or, homogènes, demi-molles, on les trouve grumeleuses; en partie jaune, en partie caséeuse. La matière jaune change rapidement de coloration au contact de l'air et passe au vert. Le tout est mélangé de matières grasses, de mucus et d'épithélium. Les grumeaux blancs sont formés par de la matière albuminoïde coagulée, non peptonisée, les matières grasses par l'émulsion incomplète des produits ternaires du lait. Si l'enfant est sevré, on trouve dans ses selles non moulées, comme elles devraient l'être, des aliments, des débris de viande, parfois intacts, des légumes, etc., etc.

Ces garde-robes, abondantes d'ordinaire et assez fréquentes, sont précédées de coliques modérées et suivies d'un soulagement manifeste après leur expulsion.

En même temps que ces troubles fonctionnels, on constate un léger ballonnement du ventre. Il n'existe point de tension ni de chaleur des parois, et à part une certaine inquiétude, un peu d'insomnie, un réveil facile, l'état général reste apyrétique.

Tels sont les caractères de la lientérie, et telle est la physionomie de la dyspepsie intestinale en général.

Vous avez été frappés de la fréquence de cette affection chez le nouveau-né. Elle se présente souvent comme un désordre précurseur d'une entérite, d'une entéro-colite.

D'autres fois, la diarrhée accuse une *congestion intestinale séro-muqueuse.* Très abondante et très fréquente, elle contient, avec le lait ou les autres aliments indigérés, une grande quantité de bile, de liquide parfois séro-muqueux, même des stries de sang pur non intimement mêlé aux liquides expulsés. Par l'analyse chimique on y trouve beaucoup de sérum, de mucus et de bile, des matières grasses, des sels, peu d'albumine.

La fluxion intestinale est d'ordinaire accompagnée de polycholie; dans quelques cas exceptionnels, nous avons noté la décoloration des selles, due à l'absence d'excrétion biliaire; graisseuses, elles prennent alors l'apparence de terre glaise délayée dans de l'eau sale (troubles fonctionnels du foie et du pancréas).

Examinez l'abdomen, et vous ne trouverez guère de différence avec l'état précédent; parfois vous constaterez une notable augmentation du volume du foie, qui deviendra un peu sensible; particularité difficile à contrôler, il est vrai, chez les enfants dont le foie est toujours volumineux et l'exploration abdominale gênée par les contractions des muscles. En outre, point ou peu de chaleur de la peau, et coliques de moyenne intensité, que la pression abdominale exaspère modérément. La langue du petit malade reste couverte d'un enduit blanc jaunâtre, la soif assez vive en rapport avec la quantité des liquides évacués.

Cette diarrhée catarrhale s'accompagne d'excavation de l'orbite et d'une légère réaction fébrile, rémittente, analogue à celle de l'embarras gastrique bilieux. Vous ne reconnaîtrez point les signes constants de la fièvre ; le petit malade présentera seulement, à des heures irrégulières du jour, une chaleur subite de la peau, de l'accélération du pouls et parfois un peu de refroidissement des extrémités. Vous ne pourrez confondre cette diarrhée catarrhale avec la lientérie. Ici, ce qui prédomine, ce ne sont pas les aliments indigérés, c'est au contraire la fluidité des liquides séro-muqueux qui composent les évacuations. Enfin, l'état de la langue ordinairement chargée, la rémittence des accidents fébriles légers, le retrait de la graisse orbitaire, tout vous signale une simple fluxion, une hypersécrétion, une grande déperdition de liquide, mais point une véritable inflammation intestinale.

Si la diarrhée n'offre point les caractères de la lientérie, de l'hypersécrétion intestinale, vous y reconnaîtrez ceux des *inflammations entérite, entéro-colite.* Les selles sont alors bilieuses, vertes, glaireuses, acides, si irritantes qu'elles déterminent des érythèmes sur les fesses de l'enfant, et sur les mains des infirmières chargées de les changer. Elles ressemblent à de l'herbe cuite; composées par la sécrétion du mucus, elles contiennent de la graisse, de la bile, de l'albumine, des sels. Peu abondantes, si l'entérite est légère, elles sont souvent répétées en quantité considérable dans l'entérite intense. Vous remarquerez ici la violence des coliques, la tension, la chaleur et le météorisme de l'abdomen. Ces signes, joints à une fièvre constante, à l'altération des traits, aux cris, à l'agitation provoquée par les coliques, vous feront rapporter cette diarrhée à l'inflammation de la muqueuse intestinale. La fluidité, l'aspect glaireux, la coloration verte, la fièvre, différencieront cette diarrhée des deux précédentes qui, du reste, peuvent parfaitement la précéder avant que l'entérite soit tout à fait

(1) Voir les nos 41 et 42.

déclarée. On voit souvent dans la même garde-robe la transition entre l'état dyspeptique, catarrhal et inflammatoire.

Il me reste à vous parler de la diarrhée *cholériforme*, et de la diarrhée compliquée de *fausse méningite*.

Dans la *diarrhée cholériforme* les selles deviennent subitement très abondantes, d'abord bilieuses, décolorées ensuite, très liquides. Elles sont au nombre de 15 à 20 en un jour, et prennent enfin le caractère absolument séreux. Le ventre peu ou point douloureux devient mou, sans élasticité, il est comme vidé. En même temps on observe des vomissements séreux, muqueux, et presque jamais bilieux, qui ouvrent la scène avec la diarrhée, et dont le nombre est en rapport avec le danger de la maladie. Sous l'influence de l'énorme déperdition du liquide expulsé et par les évacuations alvines et par les vomissements, la peau se décolore et les ongles deviennent bleuâtres. Un amaigrissement rapide et très prononcé ne tarde pas à se manifester. Le faciès est grippé, les yeux s'excavent, les sillons naso-labiaux se prononcent, enfin la langue, le nez et les joues se refroidissent en même temps que les mains et les pieds. Le pouls est misérable, puis insensible. Le petit malade est tourmenté par une soif inextinguible, de l'agitation, de l'insomnie. Au bout de 2 à 4 jours la maladie se termine ou par la guérison, ou, ce qui est le plus fréquent, par le collapsus et la mort. Vous reconnaîtrez cette diarrhée cholériforme à ses caractères principaux : abondance des selles, vomissements également copieux, refroidissement très marqué, amaigrissement rapide et très notable, petitesse et disparition du pouls ; cet ensemble ne peut être confondu avec la lientérie, la diarrhée catarrhale, ni avec la diarrhée inflammatoire. Dans la diarrhée inflammatoire et la diarrhée catarrhale vous pouvez bien observer un peu d'amaigrissement des traits, la diminution de poids, le refroidissement passager des extrémités; mais jamais vous ne le constaterez au degré du choléra infantile. L'enfant fond à vue d'œil, son embonpoint disparaît en quelques heures, et la perte de caloricité est telle que ni les serviettes chaudes, ni les frictions chaudes et aromatiques ne peuvent la rappeler.

Quant à la diarrhée *du choléra asiatique*, elle présente à peu près la même apparence, la même diarrhée (eau sale, chargée de grains riziformes) et des vomissements identiques. Mais la cyanose, les crampes, et l'existence d'une épidémie nous permettront de la différencier de la diarrhée cholériforme.

Vous verrez parfois la diarrhée catarrhale ou inflammatoire se compliquer *d'accidents cérébraux* qui vous en imposeront pour une méningite ou une fièvre typhoïde, ou une simple névrose éclamptique. Ces accidents seront *ou convulsifs* ou *méningés* ou *typhiques*. Dans la *forme convulsive* vous serez frappés d'observer, soit au début, soit au cours d'une diarrhée séro-muqueuse, des attaques éclamptiques accompagnées de vomissements et de vomiturition, et dont la cause première prend si bien son point de départ dans l'état des organes abdominaux que ces accidents se dissipent ordinairement dès que la diarrhée s'amende sous l'influence du traitement. Demeurez certains que les accidents convulsifs dépendent, dans l'immense majorité des cas d'une action réflexe dont le point de départ réside dans l'état morbide de la muqueuse intestinale ; et votre thérapeutique tirera profit de ces indications primordiales.

La diarrhée, dans la seconde forme, la *forme méningée*, diminue et devient rare. L'enfant, après avoir poussé des cris, des plaintes, et témoigné d'une grande agitation nocturne, devient impressionnable à la lumière, au moindre bruit. Le pouls s'accélère, peut même devenir irrégulier ainsi que le jeu de la cage thoracique. Si la maladie se termine par la mort, cet état général s'aggrave et l'enfant tombe dans le coma (forme comateuse). Parfois la forme comateuse se manifeste de suite, sans transition aucune. Si la guérison doit survenir, vous la devinerez au retour des selles abondantes et à la reprise de l'intelligence et des forces. Le diagnostic est parfois bien difficile. Bon nombre de cas de méningite ressemblent à ces diarrhées à forme méningée et adynamique. Pourtant, dans la méningite, le strabisme, l'inégalité des pupilles, les alternatives de coloration et de pâleur de la face, l'irrégularité constante de la respiration, le ralentissement et l'irrégularité du pouls forment un tableau plus complet que le précédent dans lequel les plaintes, l'agitation modérée et le collapsus constituent les phénomènes les plus saillants. Les variations si singulières de la température dans la méningite lèveront tous les doutes. Vous connaissez la valeur de ce signe caractéristique.

En effet, dans la diarrhée à forme méningée, convulsive ou comateuse, à forme cérébrale en un mot, la température du corps (je ne dis pas des extrémités) aura toujours de la tendance à s'élever le soir et à s'abaisser le matin, à prendre, en un mot, l'allure de la fièvre symptomatique des entérites.

Dans la méningite, au contraire, un des traits les plus frappants c'est le peu d'élévation de la température au cours de cette affection, et surtout les chutes, les irrégularités de la ligne thermique, dans le même jour, souvent à la même heure, sans exacerbation vespérale.

Dans la fièvre typhoïde, qui a beaucoup de points de ressemblance avec cette diarrhée typhique, vous observerez non seulement des symptômes nerveux, mais aussi vous constaterez, non pas les premiers jours, il est vrai, mais dans le second septenaire, des râles dans la poitrine, du météorisme, des taches sur le ventre, et du gargouillement dans la fosse iliaque droite. Enfin, l'âge de l'enfant pourra entrer en ligne de compte comme élément de diagnostic; la dothiénentérie étant très rare au-dessous de deux à trois ans.

Je dois vous prévenir qu'il existe des cas fort embarrassants où le diagnostic entre la diarrhée à forme cérébrale, la fièvre typhoïde et même la tuberculisation aiguë doit rester en suspens pendant un temps plus ou moins considérable.

Dans cette dernière affection, la généralisation des symptômes : un amaigrissement rapide et profond, une fièvre de consomption, des signes thoraciques plus accusés aux sommets qu'aux bases, pourront faire pencher la balance en faveur de cette maladie.

Je ne veux pas terminer cette étude de la diarrhée sans vous parler de la *diarrhée sanguinolente*.

Des selles très fréquentes et sanguinolentes peuvent en imposer pour une vraie dysentérie.

N'oubliez pas que cette dernière maladie est très rare chez l'enfant, et que les diarrhées simples ou inflammatoires intenses, peuvent souvent donner lieu à l'issue d'un liquide sanglant ou sanguinolent qui peut la simuler.

Dans la diarrhée sanguinolente non dysentérique, vous ne remarquerez ni ténesme ni épreinte excessive, les gardes-robes ne seront pas aussi fréquentes que celles de la dysentérie véritable. Elles n'offriront pas

cet aspect glaireux, rosé, de lavure de chair et la quantité rendue dépassera toujours la petite selle dysentérique. Les petits enfants sont fréquemment tourmentés par une chute du rectum; nouvelle source de petite perte de sang par l'anus.

Il ne faut donc pas croire que la présence du sang dans la diarrhée non dysentérique trahit nécessairement une ulcération. Le simple état fluxionnaire du rectum et du gros intestin peut donner lieu à l'émission de selles sanglantes.

La *dysentérie vraie*, caractérisée anatomiquement par une inflammation ulcérative du gros intestin, se reconnaît à des signes non équivoques : coliques vives avant l'expulsion des selles, douleurs, épreintes souvent atroces à ce moment, garde-robes très fréquentes, peu abondantes, glaireuses, très intimement mêlées à du sang, ventre très douloureux à la pression au niveau de l'S iliaque et du reste du côlon, état général fébrile avec une grande agitation, alternant avec une dépression des forces ; tel est en abrégé le tableau de cette sérieuse maladie qui peut régner à l'état épidémique et endémique, mais qui, heureusement, atteint rarement les enfants dans notre capitale.

On retrouve ces *mêmes selles dans l'invagination*, avec les débris de la muqueuse et les symptômes qui caractérisent cette affection. J'ai vu, il y a six ans, à Trouville, un petit garçon atteint de cette affection, dont les selles, parfois sanglantes, contenaient des débris de tuniques intestinales. Le ventre, très douloureux en général, était surtout très sensible au niveau du cœcum, du côlon ascendant, transverse et descendant; dans ces régions, la palpation attentive permettait de constater la réplétion du gros intestin, dont la consistance donnait la sensation de nodosités pâteuses et mobiles. Le milieu de l'abdomen, au contraire, semblait une cavité distendue par des anses météoriorisées, sans consistance. L'enfant est mort de péritonite. L'autopsie n'a pu être pratiquée, mais le diagnostic était sanctionné par les morceaux d'intestin expulsés.

Très rarement, vous aurez l'occasion d'observer le *mælena* chez les petits enfants. D'ordinaire, c'est une sorte d'hémorrhaphylie qui en fournit l'explication.

La *diarrhée des annexes du tube digestif* (foie, pancréas, revêt les caractères soit de la lientérie, soit de la diarrhée séro-muqueuse, bilieuse, graisseuse. L'acholie produit des selles décolorées et graisseuses ; la polycholie les rend d'une couleur verte et l'insuffisance du suc pancréatique leur donne l'aspect des matières grasses, en émulsion incomplète, avec cette différence qu'elles ne sont pas décolorées, comme s'il y avait une suspension de l'écoulement biliaire par le canal cholédoque.

Notre diagnostic repose donc ici sur les mêmes éléments que celui de la lientérie, la diarrhée séro muqueuse ou bilieuse que nous avons étudiée au début. Le point essentiel sera de remonter à la cause et à l'enchaînement des faits étiologiques. Chez l'enfant, la mauvaise direction imprimée à l'alimentation, à l'hygiène, les refroidissements seront la source principale de ces accidents diarrhéiques.

Les autres organes de l'abdomen, péritoine, mésentère, glandes lymphatiques, atteints de tuberculose, peuvent sans doute provoquer de simples diarrhées fonctionnelles, mais communément l'intestin est lui-même frappé d'inflammation tuberculeuse et la diarrhée ne reconnait point d'autre symptomatologie.

Dans la tuberculose abdominale, attendez-vous à voir survenir des alternatives de diarrhée et de constipation et parfois des diarrhées profuses que rien ne peut enrayer. Je vous en ai expliqué les raisons ; à l'inflammation et à l'altération organique de la muqueuse, viennent se joindre des stases sanguines sur la veine porte et ses rameaux mésaraïques amenant une hypersécrétion séro-muqueuse de la membrane interne de l'intestin.

La douleur sourde, l'inégale résistance des parois abdominales, la sensation de frottement, vous aideront à faire ce diagnostic. Quand le contenu des abcès, des kystes fait irruption dans le tube digestif, les selles contiennent le corps du délit en nature, additionné d'un peu de sang. Il est aisé de les distinguer des autres matières expulsées. (*A suivre.*)

PATHOLOGIE EXTERNE

Des névroses réflexes déterminées par les affections nasales (1);

Par J. BARATOUX.

On admet généralement aujourd'hui que les parties postérieures des cornets moyens et inférieurs sont le siège d'une zone douée de propriétés particulières. En effet, l'excitation de cette région provoque du larmoiement, une sécrétion abondante de mucus nasal, une toux réflexe et même des troubles de la respiration et de la phonation, tels que asthme, spasme laryngé et aphonie spastique. Une attaque d'épilepsie pourrait même se développer au dire de Hack, de Wilbis et de Lowe, de Berlin.

Pour la plupart des auteurs, ces divers phénomènes devraient être attribués au gonflement des cornets ou plutôt à la congestion de leur tissu caverneux qui serait sous la dépendance des vaso-moteurs.

Le simple attouchement de ces cornets inférieurs et médians au moyen du stylet détermineraient ces différents troubles et l'on comprend qu'il en sera de même chez certains malades qui sont soumis au cathétérisme de la trompe d'Eustache. Et, en effet, l'on rencontre parfois des personnes qui, dans le cours de cette opération sont prises de toux violente et d'éternuements. Dans certains cas d'hypertrophie des cornets, on aurait noté des symptômes analogues, de même aussi dans quelques observations de polypes du nez, où nous avons même vu survenir du spasme laryngé. Mais, dit-on, on ne rencontrerait jamais ces accès d'asthme ou de toux chez les personnes atteintes d'atrophie ou de destruction des cornets. On sait que l'on peut faire cesser la toux et l'asthme des foins par l'application de certains topiques appliqués sur les régions dont nous parlons ou encore mieux par leur destruction. Il semblerait donc résulter que les cornets sont le siège d'une zone sensitive occasionnant par voie réflexe les différents phénomènes signalés précédemment.

D'après nos recherches, ce ne serait pas aux cornets qu'il faudrait attribuer cette propriété, mais bien à une zone assez limitée de la cloison. D'abord, chez un certain nombre de personnes, nous avons pu produire la plupart de ces phénomènes en leur touchant la partie postérieure de la cloison. Nous avions eu soin de choisir les sujets chez lesquels les cornets étaient assez éloignés du septum pour ne pas mettre notre expérience en

(1) Communication à la *Société française d'otologie et de laryngologie*, séance du 15 octobre 1886.

doute. Nous avons ensuite fait usage de cocaïne en badigeonnage sur les cornets ; l'attouchement de ceux-ci ne déterminait pas de réflexe, tandis que le contact de la sonde avec la zone spéciale de la cloison produisait toujours la toux, l'éternuement, la dyspnée même. En répétant l'expérience en sens inverse, le résultat était négatif.

Contrairement à ce qu'avancent les auteurs, nous avons observé ces phénomènes chez une petite fille de 12 ans, qui est atteinte d'atrophie complète des cornets inférieurs et de diminution notable des cornets médians. Un stylet en contact avec la cloison produit du larmoiement, des éternuements, des accès de toux et une sécrétion assez abondante, symptômes que nous pouvons reproduire à volonté.

Nous comprenons maintenant pourquoi les auteurs attribuent ces phénomènes à l'hypertrophie des cornets, au moyen principalement. En effet, celui-ci vient alors toucher la cloison et irriter la zone sensitive. Aussi, lorsqu'on y applique une solution de cocaïne qui, comme nous l'avons précédemment démontré, fait diminuer rapidement le volume du cornet, voit-on cesser l'accès. C'est par la même raison que la destruction du cornet hypertrophié arrête aussi ces phénomènes nerveux. Dans ce cas, le cornet ne venant plus irriter la cloison, l'effet cesse naturellement. Et cela est tellement vrai que, dans un cas d'hypertrophie du cornet moyen qui venait au voisinage de la cloison, nous avons pu produire, par irritation, un accès de toux et même de spasme qui ne paraissait se développer qu'au moment où la muqueuse du cornet se mettait en contact avec la cloison. C'est ainsi que souvent les malades atteints de fièvre des foins sont pris d'éternuements, de sécrétion abondante, de larmoiement, d'insomnie même quelque temps après la cautérisation des cornets par des pointes de galvano-cautère. Ces phénomènes peuvent durer d'une façon presque continuelle pendant deux jours, comme nous l'avons observé chez un malade que nous avons traité au mois de juin 1882 et qui est resté guéri pendant les années 1883 et 1884.

Cette année, ayant été repris des mêmes symptômes, il est revenu nous voir. De nouvelles cautérisations à l'acide chromique l'ont débarrassé encore rapidement de son affection, mais sans accident cette fois.

Nous pourrions aussi citer l'exemple d'un employé d'octroi qui, à la suite de chaque cautérisation restait chez lui pendant deux jours, sans pouvoir reprendre son service, tellement ses accès augmentaient. Nous avons pu noter d'une façon spéciale le rapport de l'exacerbation de son asthme de foin avec la compression de la cloison, car dès que celle-ci n'était plus en contact avec le cornet inférieur que nous avions cautérisé, l'accès disparaissait subitement. S'il avait l'imprudence de monter alors sur l'impériale des tramways ou des chemins de fer, sa crise revenait immédiatement. Chez ce malade, nous avons aussi remarqué que le badigeonnage d'une substance fortement astringente dans la partie du cornet en rapport avec la cloison faisait disparaître la crise peu de temps après, et cela subitement. Au reste, il suffit d'interroger les malades pour voir que leur accès disparaît toujours ainsi, ce qui est encore une preuve plus évidente que c'est bien à un phénomène de cessation brusque de compression que sont dûs ces accidents nerveux qui ne diminueraient que peu à peu, s'ils étaient sous la dépendance de l'irritation des cornets.

C'est ainsi que nous nous expliquons la disparition subite d'une aphonie spasmique chez une dame qui avait été soumise par différents médecins à l'usage du bromure de potassium, de l'électricité et de l'hydrothérapie. Son affection datait déjà de deux ans. A l'examen laryngoscopique, nous pûmes voir que dans la phonation les cordes vocales étaient tellement rapprochées que le cartilage droit était projeté en avant, de sorte que les rubans vocaux s'entre-croisaient. En même temps, cette personne présentait une hypertrophie des cornets, principalement des médians, que nous proposâmes de lui cautériser. Quelques jours après, voyant que le cornet droit était toujours très hypertrophié, nous proposâmes d'en enlever une partie au moyen de l'anse galvanique. Je fus surpris de voir la voix revenir subitement. Il y a un mois que j'ai eu des nouvelles de cette malade qui a conservé la voix.

Nous nous expliquons encore de cette façon pourquoi les polypes du nez produisent, dans certains cas, ces troubles nerveux qui cessent à la suite de leur extraction pour revenir lorsque ces tumeurs, se développant de nouveau, viennent comprimer la zone sensitive de la cloison. C'est aussi la raison pour laquelle on peut observer des troubles réflexes dans les cas de déviation de la cloison sans aucune lésion des cornets. Il suffit que le septum arrive au voisinage du cornet pour que la moindre irritation de celui-ci provoque une crise, comme nous en avons été témoins. Mais disons que ce sont les arthritiques et les personnes nerveuses qui semblent prédisposées à ces névroses réflexes.

Quelle est la raison de ces phénomènes réflexes déterminés par la compression de la cloison ? Si jusqu'à ce jour nous n'avons pu encore arriver à démontrer d'une manière certaine la cause de ces troubles si variés, nous croyons pouvoir avancer qu'elle siège dans une zone assez limitée de la partie postérieure de la cloison. Nous nous livrons actuellement à des recherches histologiques et embryologiques qui nous donneront, pensons-nous, la clef de ces phénomènes.

FACULTÉS DES SCIENCES. — Par circulaire en date du 3 octobre, les aspirants au doctorat en médecine ayant subi avec succès le premier examen probatoire (nouveau régime), peuvent être autorisés, après avis du Comité consultatif, à se présenter à la licence ès sciences naturelles, sans justifier du diplôme de bachelier ès sciences *complet* ou de celui de bachelier de l'enseignement spécial, exigé depuis le décret du 28 juillet dernier. Il y aura désormais pour la licence ès sciences naturelles, comme pour la licence ès sciences physiques, deux admissibilités successives, l'une après les épreuves écrites, l'autre après les épreuves pratiques.

INSTITUT ODONTOTECHNIQUE DE FRANCE. *Ecole et clinique dentaires de France*, 3, rue de l'Abbaye. Paris. — L'ouverture des cours pour l'année 1885-1886, est fixée au mardi 3 novembre. Tout dentiste désireux de suivre ces cours doit adresser à M. le Directeur de l'Ecole, une demande avec : 1° Son acte de naissance; 2° Un certificat de bonnes vie et mœurs; 3° Une ou plusieurs pièces justifiant depuis quand il pratique comme élève assistant ou patenté ; 4° L'engagement de payer a l'Institut les droits dus à l'Ecole aux époques fixées par les statuts. Les inscriptions sont reçues au siège de l'Institut odontotechnique de France.

RÉCOMPENSES. — Par décision du 12 octobre, une médaille d'honneur en or a été decernee à M. le Dr GIBERT (du Havre), en récompense du dévouement dont il a fait preuve pendant l'épidémie de choléra d'Yport (Seine-Inférieure).

BOURSES DE DOCTORAT. — L'épreuve écrite du concours pour les bourses de Doctorat a eu lieu lundi 26 octobre, à 9 heures, à la Faculté de médecine. Elle a duré deux heures. Jury : MM. Baillon, Sappey, Fournier et Gaucher. Les questions posées sont les suivantes : Candidats à *quatre* inscriptions : *Lentilles convergentes et loupe*, de l'*allotropie* et de l'*isomérie*, *Helminthes du sang* et *champignons intéressant la médecine*. — Candidats à *huit* inscriptions : *Fémur, articulation coxo-fémorale* et *muscles de la cuisse*. — Candidats à *douze* inscriptions : *moelle épinière*, (anatomie et physiologie) et *cellules nerveuses*. — Candidats à *seize* inscriptions : *Ictères chroniques* et *Tumeurs du rein*.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

La guérison de la rage.

Encore une maladie qui menace de passer dans le domaine des curiosités et des objets introuvables! Désormais les enragés vont devenir tellement rares que demain peut-être il faudra courir au bout du monde pour en rencontrer un maigre échantillon; et, si par hasard, il s'en montre un seul représentant dans notre voisinage, c'est que celui-là aura mis sa gloire à rester enragé pour devenir légendaire. La rage, en effet, a vu surgir devant elle un ennemi implacable.

Depuis plusieurs années, notre éminent compatriote, M. Pasteur, lui a voué une haine mortelle et s'est acharné à son extermination : après cinq ans d'une lutte corps à corps, c'est la rage qui s'est trouvée mordue et qui tombe aujourd'hui agonisante sous ses propres blessures. Le triomphe définitif a été annoncé lundi, à la séance hebdomadaire de l'Académie des sciences, et pour fêter l'illustre vainqueur, la célèbre compagnie s'est départie de son calme habituel en prodiguant les applaudissements, les félicitations et les bravos. Un vent d'enthousiasme a parcouru, pendant quelques instants, les têtes les plus froides.

M. Pasteur a commencé sa lecture au milieu d'un religieux silence en rappelant ses tentatives antérieures et ses précédentes communications. « Au début, a-t-il dit, après mes premières expériences, sur vingt chiens traités, je ne pouvais en rendre plus de quinze ou seize réfractaires à la rage; mais depuis, à la suite d'expériences pour ainsi dire sans nombre, je suis arrivé à une méthode prophylactique, pratique et prompte, dont les succès sur les chiens sont déjà assez nombreux et assez sûrs pour que j'aie confiance dans la généralité de son application à tous les animaux et à l'homme lui-même.»

Nous serions fort surpris si les homœopathes ne revendiquaient pas demain en faveur de leur doctrine la découverte qui est aujourd'hui l'objet de l'admiration générale. C'est qu'en effet, la nouvelle méthode décrite par M. Pasteur consiste à guérir la rage par la rage elle-même, à inoculer à l'individu enragé le virus rabique préparé suivant certaines règles bien établies. Et quelles sont ces conditions? Il importe d'avoir toujours à sa disposition, pendant des intervalles de temps considérables, un virus rabique d'une pureté parfaite, toujours identique à lui-même ou à très peu près. Or, ce résultat est obtenu par des inoculations successives de lapin à lapin, d'une moelle rabique de chien à rage des rues: il se manifeste bientôt une tendance de plus en plus accusée dans la diminution de la durée d'incubation de la rage chez les lapins successivement inoculés.

Ainsi, alors que le premier lapin de la série était atteint au bout de quinze jours, le vingt-cinquième présentait une période d'incubation réduite à huit jours et celle-ci se maintenait pendant une période nouvelle de vingt à vingt-cinq passages; puis, survenait une durée d'inoculation de sept jours se continuant avec une régularité frappante pendant une série nouvelle de passages allant jusqu'au quatre-vingt-dixième. Il est par conséquent possible, étant donné le numéro du passage, de connaître exactement le degré de virulence et d'expérimenter à coup sûr.

« Les moelles de ces lapins sont rabiques dans toute leur étendue avec constance dans leur virulence. Si l'on détache de ces moelles des longueurs de quelques centimètres et si on les suspend dans un air sec, la virulence disparait lentement jusqu'à s'éteindre tout à fait. La durée d'extinction de la virulence varie quelque peu avec l'épaisseur des bouts de moelle, mais surtout avec la température extérieure. Plus la température est basse et plus durable est la conservation de la virulence. Ces faits étant établis, voici le moyen de rendre un chien réfractaire à la rage en un temps plus ou moins court.

« Dans une série de flacons, dont l'air est entretenu à l'état sec par des fragments de potasse déposés sur le fond du vase, on suspend chaque jour un bout de moelle rabique fraîche de lapin mort d'une rage développée après sept jours d'incubation. Chaque jour également, on inocule dans la peau du chien une pleine seringue Pravaz de bouillon stérilisé dans lequel on a délayé un petit fragment d'une de ces moelles en dessiccation, en commençant par une moelle d'un numéro d'ordre assez éloigné du jour où l'on opère pour être bien sûr que cette moelle n'est pas du tout virulente. Des expériences préalables ont éclairé à cet égard. Les jours suivants, on opère de même avec des moelles plus récentes, séparées par un intervalle de deux jours, jusqu'à ce qu'on arrive à une dernière moelle très virulente, placée depuis un jour ou deux seulement en flacon. Le chien est alors rendu réfractaire à la rage; on peut lui inoculer du virus rabique, sous la peau ou même à la surface du cerveau par trépanation sans que la rage se déclare. »

Par l'application de cette méthode, M. Pasteur était arrivé à avoir cinquante chiens de tout âge et de toute race réfractaires à la rage, sans avoir rencontré un seul insuccès. Il avait obtenu ce magnifique résultat de pouvoir prémunir, par une sorte de vaccination, les animaux voisins de l'homme de toute atteinte de la maladie rabique. Les représentants de l'espèce canine une fois rendus réfractaires et innocents, il était permis d'espérer que la transmission à l'homme deviendrait pour ainsi dire impossible. M. Pasteur ne s'est pas arrêté à ce premier succès; il possédait le vaccin, il a cherché le remède. Si répandue en effet que l'on puisse supposer l'immunité conférée aux chiens, il arrivera sans doute qu'un de ces animaux n'aura pas été préservé; l'homme qui ne veut pas prendre de précautions pour lui-même contre la variole, n'aura guère le souci d'assurer son chenil contre les atteintes de la rage. Ainsi le nombre des victimes pouvait être réduit, mais il n'était pas annulé; il restait à résoudre le problème de la guérison de la rage après morsure, il s'agissait d'enrayer le développement de la maladie quand elle est en puissance chez un animal. Dans cette seconde partie de ses recherches, M. Pasteur a pleinement réussi; le procédé dont il s'est servi est absolument le même que celui grâce auquel il confère l'immunité préventive. La méthode des inoculations successives de moelles graduellement virulentes permet de rendre réfractaires à la rage

un grand nombre de chiens après morsure. Le remède était découvert pour la race canine; restait la redoutable expérience de l'application à l'espèce humaine.

Le lundi 6 juillet dernier, trois personnes arrivaient d'Alsace dans le laboratoire do M. Pasteur; l'une d'entre elles, le jeune Joseph Meister (dont le nom va désormais rester célèbre), âgé de neuf ans, avait été mordu le 4 juillet, à huit heures du matin, par un chien devenu enragé. Cet enfant, terrassé par le chien, portait de nombreuses morsures à la main, à la jambe, aux cuisses, quelques-unes profondes, qui rendaient sa marche difficile. Les principales de ces morsures avaient été cautérisées douze heures seulement après l'accident, à l'acide phénique, par le Dr Weber, de Villé. A l'autopsie du chien, on avait trouvé l'estomac rempli de foin, de paille et de fragments de bois. Le chien était bien enragé: l'enfant avait été retiré de dessous lui couvert de bave et de sang. De l'avis de MM. les professeurs Vulpian et Grancher, qui, à la demande de M. Pasteur, examinèrent le jeune malade, Joseph Meister était presque fatalement exposé à prendre la rage. La mort de cet enfant paraissant inévitable, M. Pasteur se décida à tenter sur lui la méthode qui avait constamment réussi sur les chiens. En conséquence, le 6 juillet, soixante heures après les morsures, on inocula, sous un pli fait à la peau de l'hypochondre droit du petit Meister, une demi-seringue Pravaz d'une moelle do lapin mort rabique le 21 juin et conservée depuis lors en flacon à l'air sec, c'est-à dire depuis quinze jours. Les jours suivants, des inoculations nouvelles furent faites, toujours aux hypochondres, avec des moelles de plus en plus fraîches et par suite de plus en plus virulentes, de 14, 12, 11, 9, 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2 et enfin de 1 jour. L'observation sur des lapins permit de constater que les dernières moelles étaient très virulentes.

Dans les derniers jours, on avait donc inoculé à Joseph Meister le virus rabique le plus actif, celui du chien renforcé par une foule de passages de lapins à lapins, virus qui donne la rage à ces animaux après sept jours d'incubation, après huit à dix jours aux chiens. L'enfant a donc échappé, non seulement à la rage que ses morsures auraient pu développer, mais à celle qui lui a été inoculée. Dès le milieu du mois d'août, M. Pasteur envisageait avec confiance l'avenir de la santé du jeune Meister; aujourd'hui encore, après trois mois et trois semaines écoulés, cette santé ne laisse rien à désirer.

Cette première application à l'homme est assurément un grand succès: le nouveau traitement de la rage parait assez sûr pour justifier les prévisions les plus optimistes. Ce n'est pas toutefois que le mode d'action ne soit des plus difficiles à expliquer, et parmi les hypothèses qu'il a présentées, M. Pasteur n'a pu fixer définitivement son choix. Cette réserve montre d'ailleurs combien il faut être prudent en fait de généralisation dans ces études toutes récentes de pathologie générale. La première explication qui se présentait à l'esprit était naturellement celle de l'inoculation d'un virus atténué; les souvenirs de l'immunité due au vaccin charbonneux autorisaient cette interprétation. Et voilà que M. Pasteur déclare aussitôt cette théorie inacceptable. « *Les retards dans les durées d'incubation de la rage communiquée jour par jour à des lapins, pour éprouver l'état de virulence de nos moelles desséchées au contact de l'air, sont un effet d'appauvrissement en quantité du virus rabique contenu dans ces moelles et non un effet de son appauvrissement en virulence.* » Alors, il faudrait admettre que l'inoculation d'un virus, de virulence toujours identique à elle-même, pourrait amener l'état réfractaire à la rage en procédant à son emploi par quantités très petites, mais quotidiennement croissantes. Ou bien, serait-ce que le virus rabique est formé de deux substances distinctes, et qu'à côté de celle qui est vivante, capable de pulluler dans le système nerveux, il y en ait une autre, non vivante, ayant la faculté d'arrêter, quand elle est en proportion convenable, le développement de la première?

Quoi qu'il en soit, et d'où que viennent les objections et les critiques dont sont passibles ces différentes hypothèses, il y a des faits certains qui affirment éloquemment l'efficacité du nouveau traitement de la rage. Ces faits vont sans doute se multiplier en même temps que le procédé thérapeutique se perfectionnera. Mais, dès aujourd'hui, nous pouvons applaudir à cette admirable découverte qui, comme l'écrit M. Paul Bert dans le *Voltaire*, va faire encore grandir M. Pasteur et la science française dans l'estime du monde scientifique, et qui leur crée de nouveaux titres à la reconnaissance de tous.

Paul Loye.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 12 octobre 1885. — Présidence de M. Bouley.

M. le Président annonce à l'Académie la perte douloureuse qu'elle vient de faire dans la personne de M. Charles Robin, membre de la section d'anatomie et de zoologie.

M. Laulanié continue ses recherches sur les *phénomènes intimes de la contraction musculaire, dans les faisceaux primitifs striés*. La contraction des faisceaux primitifs des muscles hyoïdiens de la grenouille n'apporte aucun changement, ni dans le sens de la striation, ni dans les rapports de situation des parties du segment contractile. Dans les parties parcourues par une onde musculaire, les disques épais et les bandes claires s'aplatissent et s'élargissent sans changer de volume.

M. Ch. Richet étudie l'*action physiologique des sels de lithium de potassium et de rubidium*. La dose toxique est, en moyenne, de 0.100 pour le lithium, de 0.50 pour le potassium et 100 pour le rubidium; ce qui est à peu près le même rapport que le poids atomique des trois métaux: 7, 39, 85. Vraisemblablement, ces sels agissent en se substituant, molécule à molécule, au chlorure de sodium combiné à nos tissus: si l'on tient compte de leur poids moléculaire et non de leur poids absolu, ils sont, à peu de chose près, également toxiques.

M. Pagès fait l'*analyse cincinatique de la locomotion du cheval*: il a pu reconnaître, à l'aide de l'appareil chronophotographique de Marey, la trajectoire du sabot et celle du boulet.

M. A. Normand adresse une note sur la *présence constante de l'amœba coli dans les mucosités dysentériques.*

M. E. Yung recherche l'*influence de l'eau salée sur le développement des larves de grenouille*. Ses expériences confirment celles de MM. Plateau et Paul Bert.

M. L. Boutan fait l'histoire du *développement de la*

fissurelle, mollusque gastéropode qu'il a étudié au laboratoire Arago, à Banyuls-sur-Mer. Paul LOYE.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 24 octobre 1885. — PRÉSIDENCE DE M. HANOT.

M. Ch. FÉRÉ rapporte des expériences propres à appuyer la *théorie mécanique des sensations*. Lorsqu'on fait fixer à un sujet approprié, un disque coloré, on détermine une excitation donnée que l'on peut mesurer par l'exploration dynamométrique. Lorsque le disque est mis en mouvement de rotation sur son axe, les effets dynamogènes augmentent, avec quelque différence, suivant le sens de la rotation. Le mouvement augmente donc l'intensité de l'excitation. On peut faire voir à une hystérique une couleur qu'elle ne voit pas à l'état normal, en la lui présentant sous la forme d'un disque en mouvement sur place. Si des rayons colorés et un mouvement sont susceptibles de s'additionner, de produire des effets identiques, on peut supposer qu'ils ne diffèrent pas dans leur nature. Ces expériences peuvent êtres citées à l'appui de la théorie mécanique de la lumière et des sensations colorées.

M. Féré montre en outre que l'augmentation de l'intensité de la sensation s'accompagne non pas d'une tension musculaire localisée, mais d'une sorte d'érection générale de l'organisme. A ce propos, l'auteur s'efforce de réfuter la théorie de Duchenne, de Boulogne, sur l'expression des émotions qui ne pourrait pas être due à l'action exclusive de muscles isolés. En ce qui concerne l'expression du plaisir et de la douleur, M. Féré pense que ses expériences confirment, en la rendant plus claire, l'opinion de M. Grasiolet.

M. BLANCHARD présente une note de M. ADAMKIEWICZ (de Cracovie) sur la présence d'un élément morphologique nouveau dans le tube nerveux. C'est à l'aide de la coloration par la safranine qui a déjà donné de si beaux résultats à l'auteur, que cet élément a été découvert. Ce *corpuscule nerveux*, ainsi que M. Adamkiewicz le nomme, est une véritable cellule située sur le long du cylindraxe et ne peut être confondu avec les noyaux de la gaîne de Schwann.

M. GELLÉ présente un *nouvel otoscope* destiné à isoler complètement l'observateur des bruits venus du dehors. Considérant que l'otoscope ordinaire, formé d'un tube de caoutchouc long de 0,50 cent., permet par sa structure même la transmission de ces bruits et nuit à l'audition parfaite des bruits à étudier, qui souvent sont si légers et fugaces, l'auteur a cherché à obtenir un isolement complet. Il y est arrivé en adaptant au tube ordinaire, dont la longueur se trouve diminuée d'autant, un tube de verre poli de même calibre, que l'on introduit dans l'oreille du malade.

M. FRANCK fait hommage à la Société de son article *Grand sympathique*, du *Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales*, insistant plus particulièrement sur l'influence de ce nerf sur la circulation.

M. STRAUSS présente au nom de M. CHARRIN, un travail sur l'*auto-inoculation et la réinoculation* de la morve et de la tuberculose. De ses expériences faites sur des cobayes, l'auteur conclut que, dans certains cas au moins, la tuberculose et la morve sont réinoculables. On peut, à ce point de vue, opposer, dans l'ordre des maladies infectieuses chroniques, la tuberculose et la morve à la syphilis, comme on peut opposer, dans l'ordre des maladies infectieuses aiguës, l'érysipèle à la variole ou la scarlatine, etc.

M. STRAUSS présente, au nom de MM. CHARRIN et KARTH, un travail sur la *virulence de la tuberculose* suivant les humeurs et les tissus des tuberculeux. Les auteurs l'ont étudiée sur bon nombre de produits (poumons, fausses membranes, placenta, tuberculoses locales, lait, bile, sang, sueur, urine, salive, sperme, pus, selles, sérosités, vaccin, matière caséeuse, etc., etc.) Ils ont montré que chez le tuberculeux pulmonaire, qui ne possède nulle part ailleurs d'autre localisation, on avait exagéré la virulence réelle, mais rare, de quelques produits. De plus, ils ont montré qu'à l'inverse de la virulence de la syphilis, la virulence de la tuberculose ne s'atténue pas à mesure que la maladie vieillit.

M. LABORDE expose l'action de la *colchicine* sur le système nerveux central, d'après deux intoxications accidentelles chez l'homme. Cette substance provoque une céphalalgie gravative ne s'accompagnant d'aucuns phénomènes sensitifs ou musculaires. De plus, il existe dans le système circulatoire une augmentation de pression très nette. L'auteur passe en outre en revue, outre les voies d'élimination du poison, les organes où il se localise le plus fréquemment. Alors que tous les tissus de l'économie s'en trouvent saturés, les divers réactifs usités ne peuvent en déceler la présence dans le sang.

M. BEAUREGARD a pu établir nettement que l'*épicotha verticalis* appartenait bien aux acridiens et non aux cantharidiens. L'épicotha, comme les acridiens, se nourrit en effet d'œufs de criquets, tandis que les cantharides s'alimentent aux dépens des hyménoptères.

M. DUBOIS établit les différences qui existent au point de vue de l'action sur l'organisme, entre les inhalations du protoxyde d'azote sans pression et celles du chloroforme.

GILLES DE LA TOURETTE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 27 octobre 1885.—PRÉSIDENCE DE M. BERGERON

M. PASTEUR fait une communication sur la *prophylaxie de la rage.* (Voir p. 331.)

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 13 février 1885. — PRÉSIDENCE DE M. CORNIL.

10. M. CORNIL présente à la société, des coupes de *rhinosclérome*. Déjà, il y a deux ans, il a montré des coupes provenant de deux cas dans lesquels il n'avait pas trouvé les micro-organismes décrits par Fritsch. M. Alvarez a donné à M. Cornil des fragments de trois nouvelles tumeurs du même genre. Dans deux d'entre elles, il y avait une grande quantité de ces bacilles.

Le rhinosclérome est constitué par une accumulation de cellules rondes, au milieu desquelles on trouve de grandes cellules remplies de masses colloïdes en boules de différentes grosseurs; cette substance se colore d'une façon intense par les couleurs d'aniline et le picro-carmin; elle diffère de la substance vitreuse et amyloïde par ses réactions; cette dernière se colore en jaune par la safranine, tandis que les boules colloïdes se colorent en rouge par la même substance. Ces boules sont dures et non modifiables par la pression. Les micro-organismes sont des bacilles courts, plus larges mais moins longs que ceux de la tuberculose; ils présentent souvent de petits grains plus colorés qui ont la forme de spores aux extrémités et dans leur partie centrale. On les voit accumulés au nombre de 15 à 20 au plus, soit dans les cellules claires et à protoplasma normal, soit dans des cellules qui contiennent des boules colloïdes, ou autour d'elles.

M. Cornil pense qu'on peut regarder la substance colloïde comme produite par les bacilles; un fait vient à l'appui de cette opinion; dans certains points des coupes, on voit des boules et des micro-organismes dans l'intérieur des vaisseaux; or il est difficile d'admettre que ces masses colloïdes dures et volumineuses aient pu traverser les parois vasculaires. Les bacilles, qu'on trouve dans les vaisseaux à côté des boules colloïdes, ont pu déterminer autour d'eux une coagulation de fibrine, puis pénétrer dans les globules blancs agglutinés le long de la paroi, déterminer leur hypertrophie et la dégénérescence spéciale du protoplasma en substance colloïde. Cette hypothèse, seule, peut expliquer la présence de cette substance dans l'intérieur des vaisseaux.

11. Méningite tuberculeuse de l'adulte. — Aphasie transitoire, par M. Paul RAYMOND, interne des hôpitaux.

Le nommé D..., âgé de 31 ans, entre le 30 janvier 1885

à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Montard-Martin suppléé par M. Oulmont: D... se plaint d'avoir perdu l'appétit depuis six mois; les digestions sont lentes et se font mal. Il a beaucoup maigri; la nuit il dort mal et il se réveille couvert de sueur. Il tousse et crache, mais il n'a pas eu d'hémoptysie. Un peu de fièvre le soir. Submatité en arrière aux deux sommets, craquements à droite; en somme, tuberculose pulmonaire à la première période. Le malade était en traitement lorsque le 7 février on s'aperçut un matin qu'il bégayait; dans la journée, D... parle difficilement, on le comprend à peine. Il mange toutefois et ne se plaint pas.

Dans la nuit du 7 au 8 février, il est pris de délire; il prononce des paroles incohérentes, se lève et vient faire ses besoins au milieu de la salle. Il a poussé un grand cri comme celui d'un homme terrifié.

Le 8 au matin, on constate que le malade est aphasique. Il comprend ce qu'on lui dit, mais il ne peut prononcer aucune parole; il répond invariablement pa pa pa; il ne sait plus son nom; il lui est impossible de désigner les objets qu'on lui présente.

Le malade n'accuse que peu de céphalalgie; il n'y a eu ni vomissements, ni contractures, ni paralysie; les forces sont conservées aux quatre membres. On note de l'incontinence de l'urine et des matières fécales.

Il y a de l'hyperesthésie sur tout le corps, mais cette hyperesthésie est surtout profonde; le malade crie quand on presse sur ses muscles, quand on le fait asseoir. La raie méningitique est très accusée; la rougeur persiste pendant quatre ou cinq minutes.

On constate un tremblement fibrillaire et des mouvements de carphologie des mains. La langue est sèche et fuligineuse; le ventre n'est ni rétracté ni tendu. Il y a un peu d'inégalité pupillaire; la pupille droite est plus dilatée que la gauche. Le pouls est petit mais régulier à 130. La température est de 39°2. La respiration régulière est de 23 inspirations par minute. Dans la journée le malade est plongé dans la stupeur; vers le soir délire de paroles plus accentué que la veille.

Le 9 février, le malade paraît un peu sorti de sa stupeur; il prononce quelques mots très distinctement, prie qu'on le laisse s'asseoir seul sur son lit, mais il ne peut y arriver; l'hyperesthésie n'a pas diminué. Dans la journée la stupeur augmente; le malade ne reconnaît pas sa mère; la déglutition devient difficile. T. 39°6. P. 110. R. 36.

Le 10, les accidents s'aggravent, et le malade meurt dans le coma le 11 au matin.

Autopsie. Rien d'anormal à la dure-mère crânienne. Rien aux sinus cérébraux. Quand on enlève le cerveau il s'écoule des ventricules latéraux une assez grande quantité d'un liquide trouble d'un jaune foncé; rien d'anormal à la base de l'encéphale. Sur tout l'hémisphère gauche, la pie-mère est enflammée; il y a surtout deux plaques où la vascularisation domine; l'une se trouve à la face inférieure de la troisième circonvolution frontale, l'autre au point où cette circonvolution se rattache à la frontale ascendante occupe tout le centre du langage articulé.

Il n'y a pas d'adhérence appréciable entre les méninges et la substance corticale; celle-ci présente par places un piqueté rougeâtre. Sur tout le trajet de l'artère sylvienne et de ses branches, on constate des plaques jaunâtres opalescentes semi-fluides entourées de granulations tuberculeuses. Elles sont surtout abondantes dans la scissure de Sylvius. Les granulations sont de la grosseur d'une tête d'épingle. Sur l'hémisphère droit il n'y a qu'un peu de rougeur à la partie supérieure du lobe occipital.

Il s'agit donc d'un malade qui, dans le cours d'une tuberculose pulmonaire peu avancée, a été pris de méningite. Celle-ci a évolué silencieusement jusqu'au moment où ont éclaté brusquement des accidents cérébraux qui ont amené la mort en quatre jours. La symptomalogie n'a rien présenté de caractéristique; une particularité intéressante est cette aphasie transitoire (aphémie) qui a persisté toute une journée et qui paraît devoir s'expliquer par un trouble circulatoire. La rougeur plus intense de la pie-mère enflammée en formant une plaque au niveau du centre du langage articulé semble en donner la raison.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 14 août 1885. — Présidence de M. d'Heilly.

M. Féré présente une note très intéressante sur les *alcoolisables*. Lasègue avait ainsi désigné les individus qui subissent très rapidement les effets funestes de l'alcool, même à dose modérée; leur système nerveux est pour ainsi dire prédisposé à l'alcoolisme, c'est le lieu de *moindre résistance*; chez d'autres sujets au contraire, le *locus minoris resistentiæ* sera tantôt le rein, tantôt le foie, etc. Les observations rapportées par M. Féré montrent bien que les *alcoolisables* sont des nervosiques chez lesquels l'hérédité et les antécédents personnels expliquent bien la prédisposition.

M. Debove fait part de *recherches expérimentales sur l'hystérie* qu'il a poursuivies avec l'aide de M. Flamand, licencié ès sciences. L'analyse détaillée des urines chez des malades atteintes d'anorexie hystérique, leur a fourni des données intéressantes qu'on peut lire en détail dans le Bulletin de la Société.

M. Barié communique un cas de *folie brightique* analogue à ceux de M. Dieulafoy.

M. Quinquaud dit qu'on peut faire le diagnostic en constatant un excès d'urée dans le sang.

Séance du 9 octobre 1885. — Présidence de M. Vidal.

M. Desnos présente deux cas de *fractures costales indépendantes de traumatisme*; ce ne sont pas des fractures spontanées avec altérations osseuses préalables, mais des fractures simples et par action musculaire. Le premier malade atteint d'asthme et de bronchite avait des quintes de toux extrêmement violentes; c'est dans une quinte que la fracture se produisit. Le second malade, beaucoup plus âgé, se brisa une côte par le même mécanisme (toux). La guérison fut parfaite dans les deux cas.

M. Debove communique un fait de *rétrécissement primitif* de l'œsophage: déjà le même auteur avait rapporté une observation semblable en 1883 (Soc. méd. des hôpitaux). Cette forme de rétrécissement a une durée très longue; son évolution présente deux phases: une première phase dite d'ulcération ou d'œsophagite, une seconde phase de cicatrisation et de resserrement. Il se formerait dans l'œsophage un ulcère simple analogue à celui de l'estomac. Quincke le décrit sous le nom d'*ulcus œsophagi ex digestione*. Cette théorie rendrait compte de plusieurs rétrécissements œsophagiens dont la pathogénie reste obscure.

M. Hayem rapporte un cas de *dilatation stomacale* consécutive à un rétrécissement du duodénum par péritonite. Le début fut marqué par des douleurs abdominales et du melœna qui firent admettre l'existence d'un ulcère du duodénum et plus tard, l'existence d'un rétrécissement cicatriciel ayant provoqué l'ectasie gastrique. Or, l'autopsie a révélé, outre la dilatation énorme de l'estomac, le rétrécissement du duodénum par une bride appendue au foie; cette bride était vraisemblablement le reliquat d'une péritonite hépatico-duodénale développée au voisinage de l'ulcère du duodénum.

M. Robin présente une pièce anatomique envoyée de Dijon: une femme, entrée à l'hôpital pour des accès de suffocation, fut trachéotomisée: l'introduction de la canule fut suivie d'une hémorrhagie mortelle. Il y avait en effet un sac anévrysmal qui avait pénétré par effraction dans la lanière trachéale.

J. C.

Séance du 23 octobre 1885. — Présidence de M. Guyot.

M. Legroux communique un cas de dilatation de l'estomac ayant amené des phénomènes d'étranglement interne et la mort. Le sujet était âgé de 18 ans; il entra dans le service avec des phénomènes d'étranglement interne. On put constater une dilatation considérable de l'estomac. Le cathétérisme de l'es-

tomac, pratiqué à deux reprises, amena un peu de détente; néanmoins le malade succomba quatre jours après. A l'autopsie, on trouva l'estomac extraordinairement dilaté, placé verticalement dans l'abdomen et refoulant l'intestin grêle dans la fosse iliaque droite. Le cardia était caché sous le foie, tandis que le pylore venait s'appliquer contre le pubis. Le duodénum, très dilaté également, remontait verticalement et à son point d'union avec le jejunum, il présentait une bride constituée par le mésentère tiraillé. Cette bride peu serrée n'avait pu causer l'étranglement que grâce à la position anormale et à l'absence de contractilité de l'estomac.

M. Chauffard présente un malade ataxique ayant un *pied tabétique*. Cet homme, âgé de 32 ans, est ataxique depuis 8 ans; il a de l'anesthésie plantaire gauche depuis 1880 et depuis cette année deux maux perforants au même pied. Entré pour ce fait à l'hôpital, on reconnut bientôt la nature de la lésion. L'empâtement au pied est diffus, indolore; on ne perçoit pas de crépitation; la déformation s'arrête à l'interligne tarso-métatarsien, elle a produit un pied plat. L'auteur signale surtout dans ce cas la rapidité de l'évolution; les sueurs abondantes, sur ce pied exclusivement, enfin, l'élévation de température perçue par le malade de ce côté seulement, élévation de 8° en plus que sur l'autre pied. Comparativement, M. Chauffard fait voir le squelette d'un pied tabétique appartenant à la collection de la Salpêtrière.

M. Blachez montre le cœur d'un malade mort d'hémorrhagie cérébrale qui présente un amincissement extrême, avec transformation scléreuse d'une partie de la face postérieure du ventricule gauche. Les artères coronaires sont le siège d'endartérite chronique; la branche principale se distribuant à ce territoire de la paroi ventriculaire est profondément altérée, les parois en sont extrêmement friables. C'est probablement ce fait qui peut expliquer l'atrophie du territoire irrigué par l'artère.

M. d'Heilly ayant eu l'occasion d'observer une vraie épidémie de varicelle, a pu pratiquer un certain nombre d'inoculations avec le liquide des pustules varicelleuses. Celles-ci ont réussi 3 fois sur 10. L'incubation a été de 14 à 17 jours; l'inoculation n'a jamais donné autre chose que de la varicelle. Plusieurs faits ont montré l'indépendance de la varicelle et de la variole, ainsi que de la vaccine. Une malade a la variole; au moment où elle finit de desquammer, apparaît une varicelle. Du liquide prélevé alors sur elle sert à inoculer un sujet qui, le 18e jour, a une éruption de varicelle et le 21e jour une éruption de variole. Un enfant atteint de varicelle est vacciné. L'éruption vaccinale se fait fort bien.

M. Troisier a pu faire l'autopsie du malade ladre qu'il avait présenté au mois de mars. Il estime à 200 le nombre des kystes que renfermaient certains muscles de la paroi thoracique, ainsi que le diaphragme, le couturier, le biceps; il y en avait aussi dans la peau, trois dans l'encéphale et un dans le foie. Ils étaient formés d'une paroi contenant un liquide dans lequel nageait le scolex; parfois ils étaient caséifiés. Pas de tœnia dans l'intestin. Ces cysticerques étaient semblables à ceux du porc; c'est donc un fait contraire à la loi d'alternance. Il est à supposer que cet homme avait avalé un cucurbitain d'un tœnia humain; d'ailleurs on sait que sa femme avait le tœnia. — A propos de cette communication, M. Ducastel rappelle un cas dans lequel il a vu chez un homme ladre, atteint de fièvre typhoïde grave, les kystes sous-cutanés diminuer à mesure que le malade maigrissait au point de n'être plus perceptibles, puis, augmenter de nouveau lorsque le malade entra en convalescence pour reprendre leur volume primitif lorsque le malade fut guéri. — MM. Féréol et Desnos font remarquer l'excessive rareté, depuis 10 ans environ, du tœnia armé, tandis qu'abonde l'inerme.

L. Capitan.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 11 *octobre* 1885. — Présidence de M. Duplay.

M. Richelot dépose l'observation d'un cas de *synovite tuberculeuse du poignet* traitée par le *raclage*; l'opéré mourut de tuberculose généralisée bien que, de son vivant, rien n'eût appelé l'attention du côté de la diathèse. Evidemment l'acte opératoire a été la cause directe de l'éclosion des accidents généraux. Et pourtant, l'opération était bien indiquée.

M. Verneuil eût également opéré ce malade; il tient à établir toutefois que certains modes d'intervention, thermo-cautères, injections iodoformées, mettent peut-être plus que d'autres à l'abri de ces malheurs.

Suite de la discussion sur le travail de M. Verneuil : *Pathogénie des érysipèles à répétition.*

M. Desprès se félicite d'être du nombre des chirurgiens qui n'ont pas suivi le courant moderne, notamment au sujet de l'érysipèle, qu'il continue à considérer comme une affection non contagieuse. Les théories de M. Pasteur ont eu une influence déplorable sur la clinique. Ceux qui combattent pour la contagiosité de l'érysipèle n'apportent pas de preuves convaincantes; les preuves du contraire abondent. Le microbe de l'érysipèle et celui du choléra sont encore à démontrer. Quant à l'explication que M. Verneuil a donnée des érysipèles à répétition, M. Desprès ne peut l'admettre; l'érysipèle est revenu parce que la cause persistait et non parce que le microbe n'avait pas disparu.

M. Verneuil pense que la contagiosité de l'érysipèle n'est plus à discuter. Dans les exemples qu'il a cités, la contagion ne pouvant être mise en cause, l'auto-inoculation lui a paru évidente et il a cherché à en expliquer le mécanisme.

M. Trélat n'a rien à dire contre la théorie proposée par M. Verneuil, si ce n'est que cette théorie n'est encore qu'à l'état d'hypothèse. Il reconnaît qu'il y a encore quelques points obscurs dans l'histoire microbienne de l'érysipèle, mais aussi qu'il est impossible de contester la disparition presque complète de l'érysipèle devant les progrès de l'antisepsie. La contagiosité de l'érysipèle lui paraît *infiniment* probable, sinon tout à fait démontrée.

M. Desprès regrette que ces discussions sur les microbes fassent perdre de vue le grand rôle que joue le froid dans le développement de l'érysipèle et de beaucoup d'autres maladies. Il supplie ses collègues de s'arrêter sur cette pente fatale et les conjure de revenir à de plus saines notions. M. Desprès ne se dissimule pas que sa façon de voir ne rencontre que bien peu d'approbation chez la grande majorité de ses collègues; l'avenir, croit-il, verra les chirurgiens revenus à une plus saine interprétation des faits.

M. Reclus fait un rapport sur une observation de *calculs prostatiques*, adressée à la Société par M. Sentex.

M. Poulet présente un opéré de *pleurectomie* pour pleurésie purulente; la résection porta sur 5 côtes. La réunion se fit par première intention.

M. Anger présente un jeune homme de 18 ans, auquel il a fait l'ostéoclasie pour un *genu-valgum* double. Les suites furent fort simples, le résultat est parfait.

M. Duplay n'a pas obtenu de bons résultats de l'ostéoclasie et tend à lui préférer l'ostéotomie.

M. Gillette présente un *molluscum pendulum* développé sur la grande lèvre chez une jeune femme.

Paul Poirier.

Séance du 27 *octobre* 1885. — Présidence de M. Duplay.

M. Desprès dépose, à l'appui de sa communication sur l'érysipèle, le calendrier des érysipèles observés dans son service.

M. Horteloup fait un rapport sur un travail de M. Bousquet, sur l'*arthrite blennorrhagique*. Une des observations est un exemple de suppuration dans le rhumatisme blennorrhagique: dans le pus, auquel l'incision donna jour, on trouva le microbe de la blennorrhagie. M. le rapporteur fait remarquer qu'il a souvent rencontré le gonococcus dans le liquide des vaginalites blennorrhagiques. Arthrites et vaginalites paraissent être des localisations de l'empoisonnement général.

M. Desprès. Déjà Cullorier avait établi que la blennorrhagie a des accidents constitutionnels.

M. Terrier rappelle que l'inoculation du pus blennorrhagique, pour la guérison des conjonctivites, donne lieu parfois à des accidents articulaires.

M. Verneuil généralise en disant que « toutes les maladies infectieuses ont des accidents articulaires. »

M. Duménil (Rouen) communique une intéressante observation de *production ostéophylique considérable à la suite d'une amputation de cuisse*, avec conservation d'un lambeau de périoste, sur un homme de 50 ans. L'opéré n'était pas diabétique, mais athéromateux et l'amputation avait été nécessitée par une gangrène traumatique, à forme sèche. Le malade étant mort, deux mois environ après l'opération, on trouva lors de l'autopsie, à l'extrémité du fémur, un ostéophyte du volume d'une demi-mandarine. M. Duménil pense que la production osseuse est due à la conservation d'un lambeau périostique chez un individu arrivé à un âge auquel, d'ordinaire, la fonction ostéogénique du périoste parait épuisée.

M. Ledentu a été une fois obligé de réamputer un enfant sur lequel il avait conservé un lambeau périostique, et il pense que chez les enfants, les amputations sous-périostiques doivent être proscrites. Il n'a pas d'opinion faite sur les amputations sous-périostées chez l'adulte.

M. Trélat pratique depuis longtemps les amputations sous-périostées chez les adultes; il ne fait pas un lambeau périostique unique, mais une manchette circulaire. Il ne lui semble pas que l'examen de la pièce présentée par M. Duménil fournisse un argument contre les amputations sous-périostées, car l'ostéophyte, latéralement situé, ne paraît pas avoir été produit par le lambeau de périoste, mais plutôt à la faveur d'un décollement du périoste ou de l'inflammation.

M. Verneuil n'a jamais fait d'amputation avec conservation du périoste; il tendrait à croire que l'ostéophyte doit être attribué au lambeau périostique. Il fait ressortir la gravité du pronostic chez les individus en puissance de diathèse.

M. Després attribue la production osseuse à l'inflammation. Il pose comme aphorisme « qu'on ne guérit les malades atteints de gangrène du pied, qu'en amputant la cuisse. »

M. Duménil répond qu'il y a eu réunion immédiate des parties dans la profondeur et que l'ostéophyte ne saurait être attribué à la suppuration du moignon.

M. Larger fait une communication sur une épidémie locale de tétanos; il est amené aux conclusions suivantes : « le tétanos est une affection *épidémique* qui peut devenir *endémique*, en toute saison, a la faveur de l'humidité du sol; le tétanos est une maladie infectieuse contagieuse. »

M. Terrier rappelle que M. Nocard n'a jamais obtenu de résultats en injectant diverses substances prises sur des sujets morts de tétanos. Il fait observer qu'il ne faut pas ajouter complète créance à l'opinion ni aux expérimentations des vétérinaires contagionistes, car les expérimentations sont faites dans des conditions mauvaises. MM. Arloing et Tripier n'ont pas réussi. Beaucoup de chirurgiens admettent la contagiosité du tétanos, mais est-ce une maladie microbienne, ou bien le rôle principal est-il joué par des ptomaïnes ? on ne sait encore.

M. Polaillon rapporte une petite épidémie de tétanos survenue dans une de ses salles de la Pitié ; trois opérés furent pris consécutivement de tétanos. Il essaya quelques inoculations de substance nerveuse sur des lapins ; elles ne réussirent pas.

M. Terrier pense que le lapin est un des aminaux les moins propres à contracter le tétanos; le cheval, qui est fréquemment atteint de cette maladie, doit être choisi de préférence à tout autre.

M. Després proteste énergiquement; il ne voit que des coïncidences et une théorie d'épidémie ou de contagiosité qui ne tient pas debout. Le froid seul produit le tétanos, aussi l'observe-t-on dans les saisons intermédiaires où la température subit de brusques variations dans la même journée.

M. Larger ne pense pas que l'on puisse conclure des expérimentations négatives, car on n'a pas réussi du premier coup les inoculations tuberculeuses.

M. Trélat espère que la nature virulente du tétanos sera un jour démontrée, mais préférerait de bonnes expériences à des considérations hypothétiques.

M. Monod présente un enfant auquel il a enlevé il y a déjà 5 mois, une *chéloïde cicatricielle* ; il n'y a pas encore de récidive. P. Poirier.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OTOLOGIE ET DE LARYNGOLOGIE.

Séance d'octobre 1885.

M. Baratoux fait une communication sur les névroses réflexes occasionnées par les affections nasales (voir plus haut, p. 329).

M. Hering cite un cas de polype du nez ayant déterminé un spasme de la glotte chez un malade qui souffrait de cette affection depuis trois ans. La guérison du polype amena la cessation des spasmes qui reparurent un an plus tard avec la présence d'un nouveau polype. M. Hering a vu aussi des troubles nerveux de la respiration et de la phonation chez des personnes atteintes d'hypertrophie de la muqueuse nasale. Comme M. Baratoux, le Dr Hering croit que ces accidents sont dus à des phénomènes de compression de la cloison par les cornets, chez des individus névropathes.

M. Brebion a observé une aphasie chez un malade qui avait des polypes du nez. L'application du miroir laryngien détermina un retour passager de la voix et l'ablation des polypes fit disparaître complètement l'aphonie. Une deuxième malade avait des crises d'asthme et des troubles de la phonation qui disparurent aussi par la guérison de l'hypertrophie de sa muqueuse nasale.

M. Vacher rapporte aussi un cas de fracture de la cloison avec suture des cornets chez un malade aphone. Mais il croit cependant que dans la plupart des cas de troubles de voix, en rapport avec une lésion nasale, il existe des lésions des parties supérieures du larynx.

M. Poyet pense que le premier malade de M. Brebion était atteint d'aphonie nerveuse ordinaire. Il croit que des affections nasales occasionnent aussi de l'inflammation intéraryténoidienne produite par l'éternuement ou les efforts de la toux ; cependant, il dit que des phénomènes nerveux peuvent être occasionnés dans le larynx par la muqueuse nasale chez des gens nerveux.

M. Gellé est étonné de voir la rareté de l'aphonie dans les lésions nasales, car il existe de nombreux cas de corps étrangers, de polypes et d'hypertrophie des cornets.

M. Baratoux n'a pas fait allusion aux lésions du catarrhe naso-pharyngien qui se propage au larynx, mais à des cas rares, il est vrai, de lésions nasales sans altération du larynx qui y déterminent des troubles analogues à ceux de l'observation de M Vacher.

M. Joal pense que les réflexes n'existent que chez les arthritiques.

M. Ramon de la Sota cite un cas de croup suivi de trachéotomie pratiquée par le procédé de St-Germain. L'enfant fut pris quelque temps après de suffocation telle qu'on dut retirer la canule pour voir si elle n'était pas obstruée. Le malade était dans un état de mort apparente, lorsqu'après avoir pratiqué la respiration artificielle, il expulsa une grande fausse membrane provenant de la trachée et des bronches. Le malade succomba dans la nuit.

M. Baratoux rapporte le cas d'une malade âgée qu'il a observée à la clinique du professeur Schnitzler, de Vienne. La malade rendit une fausse membrane qui représentait une bronche avec toutes ses divisions. Le cas a été publié par le Dr Brik qui a eu l'occasion d'en voir un deuxième plus récemment chez un syphilitique.

MM. Gellé et Poyet rappellent qu'ils ont vu aussi de ces moules de la trachée et des grosses bronches.

M. Moure ayant eu l'occasion de voir deux cas de polypes obstruant presque complètement la glotte, émet l'opinion qu'on ne doit pas avoir recours à la laryngotomie ; si le malade est pris de suffocation, on pratique la trachéotomie; mais la tumeur peut toujours être enlevée par la voie buccale. M. Moure a aussi observé un malade atteint également de polypes insérés sur toute la longueur des cordes vocales, de manière à simuler un œdème des rubans vocaux.

M. Vacher croit qu'il est difficile d'opérer les polypes insérés au dessous de la corde.

M. Poyet introduit alors une pince entre les cordes qu'il déprime de manière à faire saillir leur face inférieure dans l'intérieur du larynx.

M. Joal a vu deux cas de guérison spontanée de polypes laryngiens.

M. Gouguenheim a essayé avec succès l'emploi de la caféine dans la phthisie laryngée. Sur dix cas d'œdème, avec dysphagie, neuf ont été soulagés et même guéris. Mais chez un cancéreux, les badigeonnages de caféine ont été sans résultat. Dans la dernière de ses observations, il s'agit d'une paralysie des dilatateurs chez un tuberculeux qui obtint un bénéfice de cet alcaloïde. L'auteur croit que la caféine doit être préférée à la cocaïne qui est toxique, lorsqu'on met les solutions entre les mains des malades.

M. Baratoux rappelle que les comptes rendus des séances d'avril contiennent le résultat de ses recherches sur la caféine; il concluait alors que ce médicament agissait moins bien que la cocaïne. Il est toujours de cet avis et ne pense pas que la cocaïne puisse être remplacée par la caféine, surtout depuis que les feuilles de coca ont diminué considérablement de prix. Il ajoute encore que le menthol aura le sort de la caféine, d'autant plus que ce n'est qu'un antalgique.

M. Gellé rapporte l'observation d'un homme de 33 ans qui dans son enfance a eu une double otorrhée. Actuellement, otorrhée légère avec perforation à gauche. Plus de suppuration à droite. De cette oreille la montre est entendue 0,03 centim. et la voix à 0,10. Pas de perforation, en nettoyant le conduit, la boulette vient toucher le tympan, et le malade entend la voix à 3 mètres. M. Gellé put renouveler cette expérience à diverses reprises, il pense qu'il y a disconnexion de l'enclume et que la boulette d'ouate remet les osselets en contact.

M. Miot croit que dans ce fait l'audition a été rétablie par le recouvrement de la fonction des osselets. Il pense que si M. Gellé avait pratiqué la ponction de la membrane, il aurait pu voir si le manche du marteau était bien à sa place. Il croit aussi que le tympan aurait dû être examiné pendant que l'on insufflait de l'air dans la caisse. M. Gellé n'est pas d'avis de faire la ponction quand elle n'est pas indiquée. Au reste, il n'a cherché à élucider le fait qu'après coup. M. Miot ne comprend pas quo l'amélioration de l'ouïe ait pu se produire, la membrane étant plane.

M. Baratoux pense qu'il y avait une cicatrice du tympan. A la question de M. Brebion demandant si le malade avait des bourdonnements, M. Gellé répond négativement.

M. Miot présente un *insufflateur pharyngien* et une *pince à polype* dont la tige terminée par un cône s'emboîte à frottement sur l'extrémité du manche, contrairement aux autres instruments qui portent une articulation à baïonnette dans laquelle passe la tige que l'on fixe par une vis. J. Baratoux.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

XII. De l'emploi du chlorhydrate de cocaïne dans le traitement de la coqueluche; par le Dr Moncorvo, Rio-de-Janeiro, 1885.

XIII. Essai sur le mode d'action interne de l'arsenic; par le Dr Jules Dauby (de Tintigny). — Liége, imprimerie H. Vaillant.

XIV. Nouvelles recherches sur le traitement du tænia; par le Dr Bérenger-Féraud. — Paris, O. Doin, 1885.

XV. Du rôle des poudres alimentaires en thérapeutique; par Adrian. — Paris, Paul Dupont, éditeur, 1885.

XVI. De l'emploi de la trypsine dans l'angine diphtéritique (*New-York medical*).

XII. Le Dr Moncorvo est un partisan convaincu du traitement de la coqueluche par les attouchements de résorcine. Depuis la vulgarisation de l'emploi de la cocaïne comme anesthésique, ce médecin a eu l'idée de faire précéder chaque séance de badigeonnage préglottique avec la solution résorcinique, d'un attouchement sur l'isthme du gosier et l'orifice laryngien avec une solution de chlorhydrate de cocaïne à 10 0/0, pratiqué quatre ou cinq minutes auparavant. A l'aide de ce moyen fort simple, on obtiendrait une tolérance complète de la part des petits malades et l'on pourrait ainsi promener le pinceau imbibé de la solution paraticide sur toute la région indiquée.

Quoi qu'il en soit de la méthode thérapeutique préconisée par le Dr Moncorvo, à savoir l'action spécifique de la résorcine dans la coqueluche, sur laquelle nous émettons quelques réserves, il n'en est pas moins vrai que la cocaïne peut avoir une influence favorable dans cette affection spasmodique, en calmant l'irritation de la muqueuse enflammée, en empêchant les nausées et les vomissements et en diminuant l'intensité et le nombre des crises.

XIII. Dans ce travail tout théorique, l'auteur conclut que les différents phénomènes observés après l'administration des arsenicaux, du côté des grands systèmes organiques respiratoire, circulatoire et cutané, peuvent être considérés comme dérivant d'une action unique, la dépression des principaux centres du bulbe et de la moelle épinière.

Cette diminution de la faculté d'excitation se répartirait sur l'ensemble des systèmes des cordons blancs et de la substance grise : d'où un certain degré d'anesthésie des centres et, comme conséquence immédiate, une activité moindre des fonctions qui en dépendent, c'est-à-dire que le pouls se ralentirait, la respiration diminuerait de fréquence et la chaleur animale subirait un abaissement. Dans la chute de la température interviendraient comme facteurs l'action du centre thermique et le ralentissement circulatoire et respiratoire. L'affaiblissement de ces grandes fonctions entraînerait une absorption moindre d'oxygène par le sang, une désassimilation moins accentuée et moins rapide, un dépôt de graisse en certains points de l'économie, des dégénérescences des parenchymes, surtout glandulaires et tous les phénomènes qui en dérivent.

Cette théorie, que M. Dauby veut substituer à celle de l'action de l'arsenic sur les globules sanguins, admise par Rabuteau et beaucoup d'autres thérapeutes, est fort ingénieuse, et pour notre part nous n'y contredisons pas. Mais où l'auteur semble trop s'engager dans la voie des hypothèses, c'est lorsqu'il attribue les effets thérapeutiques de l'arsenic dans les affections cutanées (psoriasis, eczéma, acné, etc.) à une action sur les centres trophiques de la peau, dont le fonctionnement serait ainsi régularisé par le médicament.

XIV. Etude assez longue sur le tænia dans les hôpitaux de la marine, d'où ressortent les quelques indications suivantes : Le tænia a augmenté, de 1860 à 1884, dans des proportions assez grandes, puisque là où l'on en voyait un, on en voit cinquante, accroissement dû à l'extension de nos relations avec l'Extrême Orient, la Cochinchine et la Sénégambie. Le tænia peut être expulsé spontanément dans quelques cas éventuels, mais si on ne le chasse pas, il peut séjourner dans l'intestin pendant des années, deux, quatre et même plus de huit ans. Certains individus semblent réfractaires à nourrir le parasite, tandis que d'autres, au contraire, possèdent une aptitude remarquable à le recevoir et à le conserver dans leur tube digestif. Le tænia peut être parfois expulsé par le vomissement.

Le plus souvent, le ver a moins de 2 mètres de longueur. La moitié au moins des tænias qu'on expulse ont moins de 5 mètres et 89 fois sur 100, le ver a moins de 10 mètres. M. Bérenger-Féraud a vu cependant un cas où la longeur était de 36 mètres, ce qui doit être regardé comme une grande rareté. 81 fois sur 100, il n'y a qu'un seul tænia dans l'intestin, mais dans un assez grand nombre de cas, on en a signalé deux, trois, cinq et même jusqu'à douze chez un seul individu.

L'eucalyptus, le calomel, l'ail, le mûrier, l'éther, la thérébenthine, la fougère sont des agents très incertains d'après l'auteur. Il en est de même de la graine de courge. Le cousso très frais est un bon tænifuge, mais il s'altère rapidement. Le grenadier est le tænifuge par excellence, ou bien son alcaloïde, la pelletiérine, qui est encore préférable, étant donnée la facilité avec laquelle on peut en déterminer la dose. Il faut l'employer d'après des règles

déterminées, car on peut avoir des échecs, si l'on néglige divers détails de son emploi.

XV. L'éloge du traitement de l'inanition et des accidents de la dénutrition par la poudre de viande n'est plus à faire. Depuis que Lasègue, Debove, Dujardin-Beaumetz, etc., en ont vulgarisé l'emploi thérapeutique, cet aliment, rationnel au premier chef et jamais nuisible, est devenu d'une pratique courante. On trouvera exposés dans la brochure de M. Adrian, tous les avantages que présente son administration judicieusement faite.

XVI. La *trypsine* représente un des ferments du suc pancréatique, et serait employée avec succès par plusieurs médecins américains pour dissoudre les membranes diphthéritiques. Plongées dans une solution de trypsine à 37°, les fausses membranes deviennent transparentes, se fractionnent bientôt et se résolvent en un détritus mucilagineux. On fait pénétrer la solution dans le fond de la gorge à l'aide d'un pulvérisateur. F. B.

CORRESPONDANCE

Réponse au journal el Noticioso médico de Mexico (1).

A M. le D[r] Capitan, rédacteur au *Progrès médical*.

Mon cher Capitan,

Vous m'avez envoyé l'extrait d'un *Journal de médecine de Mexico* qui me prend à parti ainsi que le *Progrès médical* qu'il accuse d'accueillir des LÉGÈRETÉS (sic) dans ses colonnes.

Dites donc s. v. p. à votre correspondant qu'il relève le texte même de ma communication à propos de la statuette mexicaine de M. Damons à la Société d'anthropologie (fascicule III du Bulletin, page 369 et suiv.); il y verra, comme dans votre compte rendu, du reste, qu'il s'agit des peuplades sauvages du Mexique et non des femmes civilisées de la ville de Mexico que nous savons accoucher dans le décubitus horizontal comme nos femmes d'Europe, puisque les meilleurs accoucheurs de Mexico viennent faire leurs études chez nous et que j'ai eu l'honneur d'en compter plusieurs parmi mes élèves.

Ah! non, ce n'est pas à ce correspondant là que nous irions demander des informations. Rigby, Ploss et surtout Engelmann, nos médecins de l'armée eux-mêmes, qui ont fait la campagne du Mexique, ont pu voir les femmes sauvages de cette vaste contrée aux prises avec les difficultés de la parturition. Ils sont donc à nos yeux de meilleurs guides qu'un praticien de Mexico, fût-il doublé d'un savant pointilleux comme paraît l'être votre correspondant du journal de médecine de Mexico.

Salut et fraternité. D[r] VERRIER.

Les syndicats médicaux.

Paris, le 24 octobre 1885.

A Messieurs les Présidents des Sociétés médicales de Paris.

Monsieur le Président et honoré confrère,

La Cour de Cassation, dans son interprétation de la loi sur les Syndicats, a déclaré que le corps médical n'avait pas été compris par le législateur au nombre des corporations qui aspirent à la formation de Chambres syndicales pour la défense de leurs intérêts professionnels. Cependant le besoin se fait sentir plus que jamais de se grouper pour sauvegarder les intérêts de notre profession, et la maintenir dans les conditions d'honorabilité qui doivent assurer sa sécurité et imposer au public le respect qui lui est dû.

Ne pensez-vous pas qu'il serait opportun de fonder une Société centrale de Déontologie qui puisse grouper toutes les influences utiles, aujourd'hui éparses dans les différentes sociétés médicales ?

Nous ne doutons pas des efforts salutaires de chacune de ces honorables sociétés, mais vous reconnaîtrez certainement que l'influence d'une Société centrale sera d'autant plus considérable qu'elle représentera tous les membres honorables du corps médical. Cette Société deviendrait en quelque sorte le Conseil de l'Ordre de la médecine, et elle confierait des mandats à son Président jusqu'au jour où elle pourrait devenir une personne légale par la reconnaissance d'utilité publique.

Elle aurait pour mission de veiller sur les droits et les devoirs des médecins, et elle pourrait, dans toutes les questions de législation, devenir un intermédiaire utile auprès des membres des assemblées délibérantes.

La SOCIÉTÉ DU LOUVRE, qui s'est occupée depuis quelques mois de cette question, m'a chargé de porter ce projet à votre connaissance, et de vous prier de demander à la Société que vous présidez, la nomination de deux membres pour la formation d'un Comité chargé de délibérer sur l'opportunité de la création de la Société de Déontologie, et de rédiger un projet de Statuts.

Si votre Société accepte la proposition que j'ai l'honneur de formuler au nom de la SOCIÉTÉ DU LOUVRE, je vous prie de me faire connaître les noms des délégués, afin qu'ils puissent être convoqués aussitôt que toutes les réponses à la présente lettre me seront parvenues.

Agréez, Monsieur le Président et honoré confrère, l'expression de mes sentiments distingués et dévoués.

Le Président de la Société du Louvre,

D[r] LADREIT DE LA CHARRIÈRE.

THÉRAPEUTIQUE

Perversion de la nutrition.

L'intégrité des fonctions digestives est une des conditions les plus impérieuses du maintien de la santé: « Toute l'économie digère par l'estomac » a écrit un physiologiste de Montpellier. Dans les conditions d'existence actuelle, cette intégrité est rare, mais les troubles de l'appareil gastro-intestinal, qui jouent un rôle étiologique si important dans un grand nombre de maladies, ne sont pas toujours évidents; souvent, il faut beaucoup de sagacité de la part de l'observateur et du praticien pour en reconnaître l'existence, en apprécier la nature et choisir le médicament approprié.

Les faits suivants viennent à l'appui des considérations qui précèdent, et ils jettent un jour nouveau sur l'intervention des ferments de la digestion comme agents thérapeutiques, nous voulons parler de quelques applications heureuses que le D[r] Festraërts, rédacteur en chef du *Scalpel*, de Liège, a fait de la pancréatine dans des affections qui ont pour origine une altération de la nutrition.

M[me] X..., âgée de 57 ans, bien que d'une bonne constitution, était sujette depuis un grand nombre d'années à des attaques d'érysipèle extrêmement fréquentes; la moindre cause faisait naître cette maladie. Parfois à l'érysipèle succédait une éruption eczémateuse et alors la guérison se faisait attendre longtemps. M[me] X... avait été soumise à un régime très rationnel et très sévère; elle avait suivi des traitements très variés; entre autres médications, elle avait fait usage de préparations arsénicales pendant plus d'une année. Tous les traitements prophylactiques et curatifs étaient restés sans résultat. La situation de la malade était très pénible, car elle n'était jamais certaine, en se couchant le soir, de ne pas se réveiller le lendemain matin avec un visage rouge, brûlant et gonflé.

Nous remarquâmes à plusieurs reprises que l'invasion érysipélateuse, traitée énergiquement par les vomitifs et les purgatifs, était généralement enrayée et de durée moins longue, et de plus, qu'entre les attaques d'érysipèle la malade éprouvait des aigreurs à la gorge, une sorte de pyrosis. Il nous paraît évident, d'après ces faits, que l'état morbide, si rebelle de M[me] X..., était sous la dépendance d'un trouble des fonctions digestives et d'une assimilation viciée. On sait, du reste, quelles relations étroites existent entre les conditions fonctionnelles du tube digestif et les manifestations cutanées du visage. Cette considération nous donna l'idée de recourir à la pancréatine, comme agent thérapeutique capable de modifier avantageusement le travail imparfait de la digestion stomacale, et nous prescri-

(1) N° du 1[er] septembre 1885.

vîmes à Mme X... les pilules de Defresne à la dose de quatre pilules à chacun des principaux repas, d'ailleurs sans aucun changement de régime.

Depuis cinq mois que cette prescription est scrupuleusement exécutée, on n'observe plus la moindre apparence d'érysipèle; il y a bien des années que notre cliente n'avait joui d'une aussi bonne santé. Récemment, un accident qui n'a pas eu de suites est venu confirmer d'une manière remarquable la solidité de la guérison; sous l'influence d'une sorte d'indigestion, Mme X... a été prise de vomissements et de garde-robes nombreuses; avant le traitement par la pancréatine, une pareille indisposition ne pouvait se produire sans devenir une cause déterminante d'érysipèle au visage; or, cette fois-ci, la peau de cette région n'a pas présenté même une rougeur.

Mme F. L..., 48 ans, d'un tempérament lymphatico-nerveux, fut prise, il y a vingt-deux mois, d'une sciatique du côté gauche qui l'a tenue au lit pendant un laps de temps considérable. Elle a subi tous les traitements internes et externes imaginables sans succès. A quelques jours d'amélioration, succédaient bientôt le retour des douleurs dans toute l'étendue du membre, avec gonflement considérable et grande sensibilité des articulations du pied, du genou et de la hanche, de façon à faire croire à une extension de l'affection primitive à ces parties. — Perte de l'appétit. — Comme cela arrive parfois en pareilles circonstances, un eczéma généralisé des plus douloureux avait fait irruption. Rien non plus n'opérait contre cette complication qui rendait l'état de la patiente insupportable et la privait même de sommeil. Ce que notre pauvre malade a souffert pendant ce long espace de temps est incroyable, et un dépérissement marqué s'en est suivi. En dépit de notre confiance dans sa constitution et dans sa résistance morale, nous étions à bout de nos moyens, puisque nous les avions tous essayés, sans succès. Nous attendions que la nature nous vînt en aide, quand nous eûmes l'idée d'agir directement au moyen de la *pancréatine*, dans le but de modifier la nature des matériaux fournis à l'absorption et à la nutrition. Nous prescrivîmes donc quatre pilules de pancréatine Defresne aux principaux repas. Au bout de quelques jours, l'allure des digestions fut changée, l'appétit revint et se régularisa; une quinzaine de jours suffirent pour amener un changement radical dans l'état de la malade. L'eczéma s'éteignit sensiblement, les ongles des pieds et des mains grandissaient blancs, ils portaient en travers une ligne de démarcation attestant le moment où la nutrition s'était améliorée; le sommeil reparut, la sensibilité du membre diminua progressivement dans toutes ses parties, ainsi que la tuméfaction; enfin, la sciatique et les complications qu'elle avait fait naître ont en quelque sorte disparu, et il reste seulement à ramener l'usage du membre, qu'une inaction aussi prolongée avait porté à l'état de paralysie à peu près complète. Dès ce moment, les mouvements passifs, exercés sur la jambe malade, l'ont assouplie, et nous espérons une guérison prochaine, étant en possession, grâce à la pancréatine, du moyen d'empêcher le retour des principaux phénomènes morbides.

Ces observations nous montrent qu'il ne faut pas s'étonner de voir attribuer, à tel ou tel médicament, la propriété de guérir un certain nombre de maladies qui n'ont guère de rapport entre elles. Cela ne se comprend pas aisément à première vue, et la pancréatine causerait la même surprise si on lui accordait des vertus aussi complexes, sans en expliquer l'action d'une façon plus ou moins physiologique. Il faut donc avoir présent à l'esprit l'importance de la digestion, au point de vue de la nutrition; car une bonne digestion fournit des produits sains à l'absorption, tandis qu'une digestion faussée ou déviée donne des résultats tout opposés qui se traduisent par des états morbides, permanents ou diathésiques. Partant de cette idée, nous sommes parvenu, on le voit, à faire disparaître des prédispositions fâcheuses, ou à guérir des maladies dont une thérapeutique d'un sens rationnel apparent ne parvenait pas à triompher, et cela en ramenant tout simplement la digestion à son état physiologique au moyen de la pancréatine. Dr LABASTIDE.

BIBLIOGRAPHIE

Tabes dorsalis et tabes spasmodique (*Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales*); par M. RAYMOND.— Paris, 1885.

L'article sur le tabes que M. le Dr Raymond, professeur agrégé, vient d'insérer dans le Dictionnaire Dechambre, est un excellent résumé de tout ce que nous savons à l'heure actuelle de la maladie de Duchenne. Ce travail est venu heureusement compléter l'article trop vieux et trop sommaire dû à la plume du regretté professeur Axenfeld. Grâce aux recherches de Charcot, de Pierret et des élèves de la Salpêtrière, l'étude de l'ataxie locomotrice s'est élargie et la place qu'elle occupe aujourd'hui dans la neuropathologie est peut-être la plus importante de toutes. Quoi de plus intéressant que l'anatomie pathologique du tabes? N'est-ce pas un des plus beaux chapitres de l'histoire des localisations cérébro-spinales? Par ses symptômes si multiples et si variés, le tabes ne touche-t-il pas pour ainsi dire à la pathologie tout entière? L'ataxie relève presque autant de la clinique générale que de la neuropathologie; elle intéresse les spécialistes (yeux, oreilles), autant que les syphiligraphes. Son étiologie encore si obscure a suscité des débats quasi-passionnés. Tous ces problèmes intéressants par leur portée et par leur actualité se trouvent exposés avec un véritable talent dans l'article de M. Raymond. A la suite de l'ataxie locomotrice de Duchenne, M. Raymond étudie la forme héréditaire qu'on appelle aujourd'hui *maladie de Friedreich*. Cette forme ne diffère pas seulement par la transmission héréditaire de la maladie de Duchenne; elle offre dans son expression clinique des caractères spéciaux qui légitiment et assurent son autonomie. Les sujets frappés sont jeunes, enfants ou à peine pubères. Les filles sont plus souvent atteintes que les garçons. Parmi les symptômes, on relève une sorte d'*ataxie statique*, un embarras de la parole rappelant le bégaiement du nystagmus, une déviation de la colonne vertébrale, etc., tous phénomènes qui ne rentrent pas dans la symptomatologie classique du tabes dorsalis. Les lésions anatomiques ne sont pas étroitement et systématiquement cantonnées dans les faisceaux radiculaires; elles envahissent toute l'étendue des cordons postérieurs, gagnent même parfois la substance grise, les cordons latéraux et les racines postérieures. En présence de ces différences notables, M. Raymond a parfaitement raison de considérer la maladie de Friedreich comme une entité clinique distincte du tabes vulgaire. Après une description à la fois sobre et claire de cette forme spéciale, M. Raymond fait la critique de quelques observations qui ont été classées sous l'étiquette de maladie de Friedreich et qui ne s'en rapprochent que par des analogies. Nous en avons assez dit pour montrer que cet article est tout à fait digne de l'école de la Salpêtrière dont il reflète les idées. Nous ajouterons qu'il faut savoir gré à l'auteur de s'être maintenu dans les limites raisonnables et de n'avoir pas envahi un ou deux fascicules du dictionnaire comme le font parfois, pour des sujets de moindre importance, les collaborateurs de M. Dechambre.

Le *tabes spasmodique* que M. Charcot a fait connaître en France, que M. Erb a décrit en Allemagne sous le nom de *paralysie spinale spastique*, n'a rien de commun avec le tabes dorsal. La parésie et la contracture des membres inférieurs qui caractérisent cliniquement la maladie, manquent dans l'ataxie locomotrice; d'autre part, les fulgurations douloureuses, l'incoordination motrice, les troubles de la sensibilité, les phénomènes céphaliques restent propres à la maladie de Duchenne. Sur le terrain de l'anatomie pathologique, les différences sont tout aussi radicales; le tabes spasmodique ne repose sur aucune base anatomique certaine. Les cordons latéraux peuvent être lésés; ils peuvent aussi rester indemnes; quelquefois c'est une sclérose en plaques qu'on trouve à l'autopsie d'un tabes spas-

modique ; le syndrôme en question peut même s'observer dans des cas de lésions encéphaliques qui ne provoquent point l'altération secondaire des cordons latéraux. Aussi peut-on admettre avec M. Leyden que le tabes spasmodique n'est pas une entité morbide. Un point important bien mis en relief dans l'article de M. Raymond, c'est que le tabes spasmodique peut guérir complètement dans quelques cas. Il résulte de toutes ces particularités que l'histoire du tabes spasmodique est loin d'être close et qu'on ne peut encore la classer définitivement dans le cadre nosologique. Dr J. Comby.

Ueber einem merkwürdigen Fall v. periodischer Læhmung aller vier Extremitäten mit gleichzeit. Erlöschen d. elektr. Erregbarkeit während der Lähmung; par le professeur Westphal (*Berliner klin. Wochenschr.* n° 31, 1885).

Observation d'un enfant de 12 ans qui présentait une paralysie passagère des membres avec abolition complète de l'excitabilité musculaire. Les accès se sont répétés à la clinique où le malade était soigné, ils étaient accompagnés de sueurs, sensation de chaleur (la température restant normale), sensation de piqûres dans les talons, soif ardente, envie d'uriner, la miction toutefois tardait à se produire. La nuit, la paralysie atteignait son maximum d'intensité ; le sensorium, les mouvements de la tête, du visage et des yeux, la sensibilité étaient conservés ; le réflexe patellaire aboli, celui du crémaster normal. Les *courants faradiques et galvaniques* appliqués sur les troncs nerveux et les muscles étaient douloureux, mais ne donnaient aucun résultat. Le nerf péroné restait inexcitable et les extenseurs des orteils non contractiles ; les muscles du mollet se contractaient vivement, etc. Ni sucre, ni albumine dans les urines, pas de dyspnée, pas d'hypertrophie de la rate. L'*accès cessait rapidement* et les mouvements reparaissaient dans les membres supérieurs, puis les membres inférieurs, à l'inverse du mode d'envahissement de la paralysie.

Antécédents pathologiques. Cet enfant aurait eu à 5 ans une scarlatine suivie probablement de néphrite. Un mois après, la nuit, il aurait eu pour la première fois, un accès de paralysie ; ces accès se sont produits toutes les quatre ou six semaines, puis plusieurs fois par semaine. La durée était de 24 ou 36 heures et le rétablissement de la santé complet dans l'intervalle des accès. Les parents sont sains, il ne semble pas exister d'antécédents nerveux dans cette famille.

C'est la première fois, dit le professeur Westphal, qu'une telle observation se présente. On a cité des observations d'oblitération de l'aorte (Leyden), de fièvre intermittente larvée guérie par la quinine (Romberg, 1857), celle d'une femme récemment accouchée (Cavarré, *Gazette de hôpitaux*, 1853, n° 89), enfin un cas de paralysie spinale intermittente (*Thèse* de Hartwig 1874) ; ces observations présentent bien des analogies, mais en les examinant une à une, on en fait ressortir les caractères opposés à l'observation qui nous occupe. Rappelons que chez le jeune malade de Westphal, les nerfs spinaux seuls sont atteints, sans aucun trouble du côté des nerfs cérébraux, dans la langue ou dans la déglutition. Les accès de paralysie se succèdent sans aucune régularité ; il n'y a ni type quotidien, ni type quarte et l'absence d'hypertrophie splénique fait rejeter l'hypothèse de fièvre intermittente. Enfin, la paralysie se produit la nuit, cesse brusquement et dans ce brusque retour à l'état de santé, on n'observe ni contracture, ni raideur musculaire. Tout cela, ainsi que la non excitabilité des nerfs et des muscles par les courants faradiques et galvaniques, n'est-il pas unique en son genre ? Nous ne connaissons pas de maladies de la moelle ou des nerfs spinaux présentant quelque chose d'analogue ; il n'existe pas d'hypothèse permettant d'expliquer cette observation. On ne saurait prétexter un trouble vasculaire et trophique dans les muscles et dans les terminaisons nerveuses, puisque dans les parties paralysées, la température, la sensibilité, etc., restaient normales. Un trouble dans la circulation de la moelle ne s'expliquerait pas davantage sans altération de la sensibilité. J. Dagonet.

VARIA

M. le professeur Ch. Robin et la *Tribune médicale*.

L'article nécrologique consacré à M. le professeur Ch. Robin par le *Progrès médical* (10 octobre, p. 283) a déplu vivement au rédacteur en chef de la *Tribune médicale*. M. Laborde était si en colère qu'il ne s'est pas rendu un compte exact de la justesse de ses violentes critiques. Les appréciations de notre collaborateur, « sont, écrit-il, indignes d'un français » ; elles indiquent « un manque de courage, car une tombe ne peut ni répondre, ni réclamer. » Il accuse enfin notre collaborateur de n'avoir pas su se placer au-dessus des rivalités d'école et des passions haineuses « dont s'inspire *uniquement* son article ». Et ne croyant pas avoir assez fait ressortir notre isolement dans la critique, M. Laborde insiste : « Cette triste note, pleine de fielleuse et basse injustice, est la *seule*, heureusement, de son espèce dans la presse française. »

Premier grief : Notre critique est « indigne d'un Français. » Ce qui est « indigne d'un Français », selon nous, c'est d'omettre à dessein de faire connaître à son pays les progrès réalisés à l'étranger dans la science, qu'on a la mission d'enseigner ; ce qui est « indigne d'un Français » c'est de ne trouver que des éloges pour l'homme qui a commis cette faute. Sur le second point, nous répondrons que, en maintes circonstances, le *Progrès médical* n'a pas craint de blâmer certains actes du professeur Robin : d'où il suit que le reproche de « manque de courage » n'est pas fondé. Puis, est-ce bien à l'auteur du livre « *Les hommes et les actes de l'insurrection de Paris* » de nous faire un crime de répéter de M. Robin *mort* ce que nous avons dit de M. Robin *vivant* ? L'auteur de ce réquisitoire plein de « fiel et de basse injustice », contre des vaincus, exposés aux condamnations les plus terribles, était-il bien courageux ? Qui oserait l'affirmer ? En tout cas, ce réquisitoire était souverainement déplacé sous la plume d'un médecin, d'un républicain, qui, à ce double titre, doit avoir dans le cœur, au plus haut degré, les sentiments d'humanité.

M. Laborde est heureux de constater que « cette triste note est la seule de son espèce. » M. Laborde n'a pas bien lu les journaux de médecine et, quoi qu'il nous en coûte de lui enlever son bonheur, nous lui demandons la permission de mettre sous ses yeux les extraits suivants. Voici comment s'exprime le *Concours médical* du 17 octobre :

« Il faut reconnaître qu'après avoir tenu pendant une vingtaine d'années, la première place dans les études microscopiques, Robin s'était laissé dépasser par des émules plus jeunes et qu'il s'est montré souvent, depuis ces quinze dernières années, systématiquement hostile aux progrès représentés par l'école du Collège de France et son éminent chef, M. Ranvier. »

Le *Paris médical* du 10 octobre, après avoir annoncé la mort de M. Robin, ajoute :

« Il avait été nommé d'emblée professeur par l'intervention de la princesse Mathilde et la grâce spéciale de l'Empereur, qu'il a adulé dans sa puissance et qu'il a renié le jour de sa chute pour se jeter aux pieds de Gambetta, qui l'a fait sénateur. Robin a beaucoup écrit, mais il était tellement diffus, incorrect et incompréhensible, qu'il n'a rien su fonder d'important, alors que tout était à créer. »

Le *Journal des connaissances médicales* du 15 octobre n'est guère moins sévère que ces deux journaux. C'est M. le professeur V. Cornil qui parle :

« Robin depuis quelques années, n'était pas, ce nous semble, parfaitement heureux ; il n'avait pas cette satisfaction intime de voir ses premiers travaux rester intacts et servir de base à ceux qui étaient publiés depuis ; il n'était plus le guide d'un grand nombre de jeunes savants. Des écoles nouvelles l'ignoraient. Au lieu d'accepter cette loi du progrès qui pousse chaque jour à des découvertes par des méthodes nouvelles, par l'initiative générale des hommes de tous les pays, il se révoltait contre toute donnée qui dérangeait ses connaissances antérieures, son premier sentiment était alors la critique, judicieuse parfois, souvent injuste. Injuste, car nous marchons vite dans notre siècle, et par exemple sa thèse sur la fermentation qui date de 1847 ne prévoyait pas la révolution qui a été accomplie par Pasteur dans cette question. Et il en fut ainsi d'une infinité de points d'histologie où il ne pouvait se décider à reconnaître la compétence de Ranvier ni d'aucun savant

d'outre Rhin. Il lui manquait cette qualité, cette bonne grâce d'accueillir et d'admettre les choses nouvelles et d'en savoir gré à leurs auteurs. »

Disons enfin que le président de l'Académie des sciences, M. H. Bouley, — en annonçant à ses collègues la mort de M. Robin — n'a pas craint de déclarer qu'il « ne s'était pas plié à accepter volontiers celles des idées de ses successeurs qui étaient un progrès sur les siennes. » Le compte rendu publié par l'Académie paraît avoir été atténué, car la *Revue scientifique* a relevé que « cet éloge était empreint de quelque sévérité, » chose à laquelle on n'est pas habitué à l'Institut, en semblable occurrence.

N'en déplaise à M. Laborde, le *Progrès médical* n'a donc pas été le seul à apprécier avec sévérité l'enseignement de M. Ch. Robin. Mais, eût-il été seul qu'il ne regretterait pas, quant au fonds, son appréciation. Et dans l'avenir, comme par le passé, il s'efforcera toujours de rendre à chacun la justice qui lui est due. Ce sera avec plaisir qu'il fera l'éloge des hommes de science qui, par leurs œuvres, leur caractère, la dignité de leur vie, méritent d'être cités, à titre d'exemples à imiter, aux générations futures. Etait-ce le cas pour M. Ch. Robin ? Malheureusement non.

Comme homme de science, il a failli à ses devoirs, dédaignant tout ce qui n'émanait pas de lui, rejetant avec le même mépris — le mot n'est pas trop fort — les travaux de ses collègues, par exemple MM. Longet et Béclard, ceux de ses compatriotes et ceux des savants étrangers.

Au point de vue politique, nous ne rappellerons pas les singularités de sa conduite, ni à quelles faveurs il dut son élévation.

Restait le libre-penseur..., un peu trop enclin à la réclame, mais que, en maintes circonstances, la jeunesse des écoles acclama. Comment a-t-il fini ? En passant sous le goupillon de l'Église!

Eh bien, si les hommes qui manquent à leur devoir de maîtres de la jeunesse, qui inclinent leurs convictions politiques devant leur intérêt personnel, qui oublient leurs déclarations philosophiques, sont les hommes préférés de M. Laborde,.... qu'il les garde, qu'il leur élève des statues. Nous, nous continuerons de réserver nos éloges aux véritables hommes de science, toujours prêts à rendre justice à tous, à quelque école ou à quelque pays qu'ils appartiennent et qui, au point de vue politique et philosophique, conforment, sans bruit, leurs actes à leurs paroles.

Distribution des prix à l'Ecole municipale des infirmières de la Pitié.

Cette cérémonie, présidée par M. PEYRON, a eu lieu le 8 août. Nous donnons à titre de renseignement, le discours prononcé par M. Bourneville :

Mesdames, Messieurs,

L'*Ecole de la Pitié* a été fondée il y a quatre ans. L'année scolaire que clôt cette cérémonie, marque un progrès réel. Sous-surveillantes, suppléantes et infirmières, ont suivi les cours avec une assiduité à laquelle nous n'étions pas encore habitué. C'est le résultat des intentions fermement manifestées par M. le Directeur de l'Assistance publique de rendre cet enseignement obligatoire. C'est le résultat aussi de la vigilance de M. le Directeur de la Pitié.

L'enseignement professionnel a été fait conformément au programme. Les leçons ont été au nombre de 60. Il a été fait 17 compositions sur les diverses branches de l'enseignement. Les exercices pratiques ont été faits avec plus de suite que de coutume, sous l'habile direction de Mme Graby et de Mme Buffet. Nous avons pu, il y a quelques semaines, rétablir les exercices qui s'étaient faits autrefois pendant plusieurs années, pour les élèves de la Salpetrière d'abord, et pour celles de la Pitié en 1881, dans le service des femmes en couches, et faire apprendre aux infirmières l'emmaillotement et les soins à donner aux enfants nouveau-nés. Nous essaierons de compléter cette partie de l'enseignement en leur apprenant la vaccination et la récolte du vaccin. Les examens pratiques, qui n'ont pas duré moins de huit heures, nous ont montré que les élèves avaient sérieusement profité des leçons qui leur ont été données.

Nous avons vu, avec un vif plaisir, qu'un certain nombre de sous-surveillantes avaient consenti à suivre nos conseils et à prendre part aux compositions, afin d'obtenir le diplôme. Nous sommes heureux de pouvoir aujourd'hui leur adresser ici nos félicitations.

Quelques infirmiers, mais en très petit nombre, ont suivi les cours ; tous les anciens ont participé aux exercices pratiques.

Grâce à l'enseignement, la situation du personnel secondaire, en ce qui concerne les femmes, s'est améliorée. Les mutations ont été un peu moins nombreuses qu'autrefois, mais elles atteignent encore un chiffre beaucoup trop considérable ; en effet, le nombre des infirmières étant de 33, il n'y a pas eu moins de 51 mutations dans l'année. Il est très désirable que le personnel féminin devienne plus stable et que, au fur et à mesure des vacances qui se produiront en août, septembre, octobre, les infirmières sortantes soient remplacées par les meilleures infirmières des autres établissements, désireuses de perfectionner leur instruction pour avoir de l'avancement.

Le personnel masculin continue à être presque aussi changeant ; le chiffre budgétaire des infirmiers est de 48 ; il y a eu pendant l'année scolaire 1884-85, 105 mutations, chiffre à peine inférieur à celui de l'année précédente.

Parmi les résultats obtenus cette année, je dois signaler encore l'augmentation remarquable du nombre des diplômes. A la fin de l'année scolaire 1882-83, nous avons délivré 5 diplômes, dont 1 à un infirmier, et 6 en 1883-84. Cette année nous arrivons au chiffre de 31, dont 18 pour les élèves internes, et 13 pour les élèves externes, parmi lesquelles figurent 6 infirmières des autres hôpitaux.

Parmi les élèves internes diplômées, nous comptons 4 sous-surveillantes, 2 suppléantes, 11 infirmières et 1 infirmier. Nous signalons à toute la bienveillante attention de M. le Directeur de l'Assistance publique toutes les élèves qui ont obtenu leur diplôme.

Nous avons tenu à nous rendre compte du degré d'instruction primaire des infirmières, et nous avons pu constater que malheureusement plusieurs d'entre elles ne possédaient que des notions tout à fait insuffisantes. Nous avons appris aussi que quelques-unes avaient essayé d'aller aux écoles du soir du quartier. Mais il y a mieux à faire : il conviendrait d'envoyer ces infirmières, qui sont pleines de bonne volonté, durant un an, soit à Bicêtre, soit à la Salpêtrière, afin de les mettre en mesure de pouvoir être, à un moment donné, le plus tôt possible, nommées sous-surveillantes.

Dans les trois écoles il y a des élèves externes ; c'est à la Pitié qu'elles sont les plus nombreuses. 95 se sont inscrites dans le courant de l'année ; une trentaine sont restées fidèles jusqu'au dernier jour. Les unes suivent les cours pour leur satisfaction personnelles, dans le but de pouvoir soigner plus efficacement, à l'occasion, les membres de leur famille qui pourraient tomber malades ; d'autres sont garde-malades en ville et cherchent à perfectionner leurs connaissances professionnelles ; d'autres désirent entrer dans les hôpitaux ; d'autres enfin sont déjà infirmières dans les hôpitaux. Ces dernières justifient l'insistance que nous mettons à demander à M. le Directeur de l'Assistance publique d'envoyer dans les hôpitaux-écoles les meilleures infirmières.

Au sujet des élèves externes garde-malades, nous rappellerons une fois de plus l'utilité qu'il y aurait à avoir à la Pitié un registre sur lequel seraient inscrits le nom et l'adresse de cette catégorie d'élèves. Ceci permettrait aux médecins ou aux familles de s'adresser à cet hôpital pour avoir des garde-malades. Cela se fait déjà, si je ne me trompe, et depuis longtemps, à la Maison municipale de Santé ; ceci se fait en Angleterre. Ceci permettrait aussi de fournir des surveillantes aux villes de Province qui laicisent leurs hopitaux. L'Administration de l'Assistance publique, en procédant ainsi, rendrait service aux familles et répondrait au désir souvent exprimé du Conseil municipal.

Nous croyons aussi que l'Administration doit faire bon accueil aux élèves externes et choisir les meilleures d'entre elles au fur et à mesure des besoins, pour en finir au plus vite avec la laicisation des établissements hospitaliers. Cela est d'autant plus nécessaire que l'Administration sait que le recrutement des religieuses hospitalières devient de plus en plus difficile ; que, pour maintenir leur chiffre, les congrégations doivent se montrer très coulantes dans leur choix ; qu'enfin les médecins et surtout les chirurgiens français commencent à reconnaître qu'il est indispensable pour eux d'avoir des auxiliaires instruites habituées à la plus grande propreté prêtes à donner aux malades tous les soins qu'ils exigent, quelle que soit la maladie et qu'aucun enseignement professionnel sérieux n'est donné aux novices, dans les communautés. C'est par une sorte de routine qu'elles se mettent plus ou moins au courant de leur service.

Toutes ces raisons prouvent la nécessité qui s'impose à l'Administration de prendre toutes les mesures qui peuvent concourir à donner aux infirmières une bonne instruction professionnelle.

Parmi ces mesures, nous signalerons encore une fois la nécessité du changement de service. Ici, les infirmières devraient passer successivement, dans une année, trois mois en médecine, trois en

chirurgie, trois aux accouchements et trois dans les services généraux. Nous marcherions ainsi à la réalisation du but pour lequel l'école de la Pitié a été créée, c'est-à-dire une école de perfectionnement.

J'ai demandé sans cesse, Mesdames et Messieurs, que vous soyez obligés de suivre les cours, de prendre part aux compositions et aux exercices pratiques. C'est là un surcroît de fatigue pour vous; c'est là un empiètement sur vos heures de liberté. Mais en échange, je n'ai pas moins insisté pour réclamer, à votre bénéfice, diverses réformes, l'avancement et l'amélioration des conditions matérielles de votre situation. . . . .
. . . . Quant aux améliorations matérielles, j'ai réclamé notamment que l'on vous donnât une nourriture mieux préparée et plus variée. Ce que l'on a fait dans ce sens est loin d'être suffisant. J'ai signalé la nécessité de remplacer les dortoirs communs par des chambres. Ces améliorations sont incontestablement dues à des hommes et à des femmes qui consacrent les uns leurs jours, les autres leurs nuits, à donner des soins à des malades ; qui passent douze à quinze heures dans des salles dont l'atmosphère est si profondément viciée. J'ai visité les trois dortoirs des infirmiers et les trois dortoirs des infirmières de l'hôpital de la Pitié ; ils sont disséminés dans les divers bâtiments de l'hôpital ; tous sont installés dans les greniers, encombrés au delà de toute mesure, dépourvus de cabinets d'aisance, de lavabos, et la plupart même de tables de nuit. Rien de plus triste et de plus insalubre que ces dortoirs, rien de plus contraire à l'humanité (1). Je ne doute pas, M. le Directeur, qu'après avoir visité ces dortoirs, vous ne partagiez mon opinion et que vous ne preniez d'urgence les mesures nécessaires pour remédier à une situation aussi regrettable.

Inspiré par un sentiment des plus louables, vous partez demain pour Londres, afin de visiter ses établissements hospitaliers et de vous rendre compte de leur organisation, du fonctionnement des consultations externes ; vous verrez avec quel soin, avec quelle propreté, ces établissements sont tenus ; vous verrez les écoles d'infirmières ; vous étudierez le mode de recrutement des infirmières ; vous constaterez la considération dont elles jouissent. Voyez aussi comment elles sont nourries, logées, habillées, rétribuées, et je ne doute pas qu'à votre retour vous ne trouviez toutes mes réflexions entièrement justifiées ; je ne doute pas, connaissant votre esprit éclairé, les sentiments qui vous animent, que vous ne vous mettiez avec empressement à l'étude et à la réalisation des réformes que vous aurez reconnues vous-même d'une urgence incontestable.

Thèses soutenues à la Faculté de Médecine.

Jeudi 5. — M. Rioblanc. Du pronostic des néphrites aiguës. — M. Rouffignac. Sur une épidémie de caserne (*Nouvelle France*, juin 1885.) — Fièvres à manifestations bilieuses. — Fièvre typhoïde. — M Saquet. Chorée consécutive aux maladies infectieuses. — *Vendredi* 6. — M. Pettier. Sur l'éléphantiasis des Arabes. — M. Barthe. Des gangrènes morbilleuses et principalement de la gangrène pulmonaire comme terminaison des broncho-pneumonies rubéoliques. — M. Courcenet. Contribution à l'étude des complications osseuses de la fièvre typhoïde. — *Samedi* 7. — M. Chaput. Des fractures anciennes de la rotule. — Anatomie et physiologie pathologiques. — Pronostic et traitement. — M. Laguesse. Recherches sur le développement embryonnaire de l'épithélium dans les voies aériennes. — M. Petitjean. Contribution à l'étude de l'érysipèle.

Enseignement médical libre.

Cours de pathologie et de clinique infantiles, 149, rue de Sèvres. — M. le Dr Descroizilles commencera ses leçons le vendredi 6 novembre à 9 heures, à l'Amphithéâtre, et les continuera les vendredis suivants, à la même heure. Examen des malades avant la leçon, salle Saint-Augustin. Le mardi à la consultation, conférence de thérapeutique.

Cours d'accouchements. — MM. Bar et Auvard recommenceront leurs cours d'accouchements complets, en 42 leçons, le vendredi 6 novembre, à 4 h. 1/2 du soir, 5, rue du Pont-de-Lodi. — MM. les Etudiants sont exercés aux manœuvres et opérations obstétricales. Pour les renseignements et pour se faire inscrire, s'adresser, soit à M. le Dr Bar, 4, rue St-Florentin, soit à M. le Dr Auvard, 21, rue de Lille, les lundi, mercredi, vendredi à 1 h. 1/2.

NOUVELLES

Natalité a Paris. Du dimanche 18 octobre au samedi 24 octobre 1885, les naissances ont été au nombre de 1164 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 459, illégitimes, 173. Total, 632. — *Sexe féminin* : légitimes, 378 ; illégitimes, 154. Total, 532.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 18 octobre au samedi 24 octobre 1885, les décès ont été au nombre de 913, savoir : 486 hommes et 427 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoide : M. 24, F. 21. T. 45. Variole : M. 2, F. 4 T. 6. — Rougeole: M. 7, F. 7, T. 14. — Scarlatine : M. 2, F. 5 T, 7. — Coqueluche : M. 0, F. 1. T. 1. — Diphthérie, Croup : M. 13 F. 13, T. 26. — Dyssenterie : M. 0, F. 0, T. 0. — Erysipèle : M. 4, F. 4 T. 8. — Infections puerpérales : 6. — Autres affections épidémiques : M. ., F. ., T. .. — Méningite tuberculeuse et aiguë : M. 17 F. 15, T. 32. — Phthisie pulmonaire : M. 111, F. 62. T. 173. — Autres tuberculoses : M. 8, F. 7. T. 15. — Autres affections générales : M. 28, F. 35. T. 63. — Malformations et débilité des âges extrêmes : M. 16, F. 41, T. 57. — Bronchite aiguë : M. 9. F. 10, T. 19. — Pneumonie : M. 25, F. 21, T. 46. — Athrepsie : M. 32, F. 30 T. 62. — Autres maladies des divers appareils : M. 165, F. 136, T. 301. — Après traumatisme : M. ., F. ., T. .. — Morts violentes : M. 18, F. 5. T. 23. — Causes non classées M. 5, F. 4, T. 9.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 98 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 46 ; illégitimes, 10. Total : 56. — *Sexe féminin* : légitimes, 25 ; illégitimes, 17. Total : 42.

Faculté de médecine de Bordeaux. — M. Piéchaud, agrégé près la Faculté mixte de médecine et pharmacie de Bordeaux, est chargé, pendant l'année scolaire 1885-1886, d'une conférence d'anatomie topographique à ladite faculté.

Faculté des sciences de Lille. — M. Paillot, ancien boursier d'agrégation, est nommé chef des travaux pratiques de physique à la Faculté des sciences de Lille, pendant l'année scolaire 1885-1886, en remplacement de M. Colardeau, démissionnaire.

Faculté des sciences de Marseille. — M. Hugueny, professeur de physique à la Faculté des sciences de Marseille, est nommé professeur honoraire à partir du 1er novembre 1885.

Faculté des sciences de Montpellier. — M. Hunolt, préparateur de physique de la faculté des sciences de Montpellier, est admis, sur sa demande et pour cause d'ancienneté d'âge et de services, à faire valoir ses droits à une pension de retraite, à partir du 1er novembre 1885. M. Bringuier, licencié ès sciences physiques, est nommé préparateur de physique à la Faculté des sciences de Montpellier, en remplacement de M. Hunolt, admis à faire valoir ses droits à une pension de retraite.

Banquet offert a M. Proust. — Le vendredi 6 novembre prochain, à 7 heures, à l'Hôtel Continental, les élèves de M. Proust offrent à leur maître un banquet à l'occasion de sa nomination au professorat. — Envoyer les adhésions à M. Florand, interne à l'hôpital Lariboisière, avant le mardi 3 novembre. La cotisation est fixée à 20 francs.

Ecole dentaire. — « *L'Ecole dentaire de Paris*, située 23, rue Richer, et dirigée par le Dr Th. David, rouvre ses cours le 2 novembre prochain. La séance solennelle d'ouverture a eu lieu le vendredi soir, 30 octobre, à 8 h. 1/2, sous la présidence de M. Brouardel, dans la salle des fêtes du IXe arrondissement.

Concours de l'externat. — Les questions données jusqu'à ce jour sont : *Os maxillaire inférieur* ; *articulation radio-carpienne, forme et rapports des poumons* ; *de la saignée* ; *symptômes de la pneumonie franche aiguë*.

Collège de France. — M. Joulin, agrégé des sciences physiques, est nommé préparateur du cours de physique générale et expérimentale au collège de France, en remplacement de M. Duchesne, décédé.

Hospice national des Quinze-Vingts. — Quatre places d'élèves-internes sont vacantes : on se fait inscrire tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de 10 heures du matin à 4 heures du soir, au secrétariat de l'hospice, 28, rue de Charenton. Le registre d'inscription sera fermé le 15 novembre. Le titre d'externe des hôpitaux de Paris est exigé ; on doit déposer à l'appui de sa demande l'acte de naissance et le certificat du chef de service.

Nouveau journal. — Nous recevons les premiers numéros de la *Gazette française de médecine et de pharmacie*, journal bi-mensuel paraissant à Paris, sous la direction du Dr Potin et de M. Acard, pharmacien.

Nécrologie. — M. le Dr Joly (A.), médecin-major de 2e classe à Toulouse ; — M Joly, professeur honoraire de zoologie à la Faculté des sciences de Toulouse, père du précédent. — Le Dr Mire (de Saint-Germain-en-Laye). — M. le Dr Dechilly, à Vaucouleurs. — Le *Scalpel*, annonce la mort du Dr Monseur (de Liège), et celle du Dr G. Ernst (de Montzen). — Les Drs Tartarin père (de Bellegarde, Loiret), Teillet (de Saint-Julien, Haute Vienne) viennent de succomber (*Concours médical*).

(1) Ces dortoirs donnent, *par lit* : 18mc ; 8mc,333 ; 14mc,207 ; 15mc,014 ; 14mc,160 ; 13mc,125 ; 11mc,066.

13e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. II. N° 45. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 7 NOVEMBRE 1885.

Le Progrès Médical (Numéro des Étudiants)

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

De l'organisation des services d'autopsie.

On peut distinguer deux sortes d'instituts pathologiques : *les instituts universitaires et les instituts hospitaliers.*

a) *Universitaires.* — La plupart des universités de l'Europe centrale et septentrionale, possèdent des *instituts pathologiques* ou des *instituts anatomiques* communs à l'anatomie et l'histologie normales et à l'anatomie et l'histologie pathologiques. Ce sont ces instituts et ceux d'anatomie et de physiologie que M. Jaccoud signalait à l'attention du ministre de l'instruction publique et dont il réclamait la création dès 1864 (1) :

« En présence d'une telle organisation, disait-il, je ne puis éprouver qu'un seul sentiment, c'est le désir profond que notre pays soit doté, lui aussi, des précieuses institutions que je viens de faire connaître; car en réalisant parmi nous l'*idéal de l'enseignement pratique,* elles seront pour nous ce qu'elles sont pour l'Allemagne, une source féconde de progrès pour les études médicales (2). »

Et plus loin :

« La fondation des instituts physiologiques et pathologiques, en créant pour toutes les branches de la science un enseignement pratique, fera disparaître de nos facultés une lacune que l'on y constate encore aujourd'hui avec un douloureux étonnement. »

M. Jaccoud, dans les lignes suivantes, a du reste parfaitement décrit le fonctionnement du service des autopsies en Allemagne.

« L'organisation toute spéciale du service des autopsies, dit-il, va nous fournir une nouvelle preuve de la sollicitude avec laquelle on a sauvegardé les intérêts de l'enseignement. Le cours théorique quotidien dont il est chargé pendant toute l'année est la moindre des obligations qui incombent au professeur d'anatomie pathologique : lui aussi il a un enseignement pratique, et pour y satisfaire, il a le monopole de toutes les nécropsies. Seul il a le droit de pratiquer, ou de faire pratiquer sous ses yeux par ses élèves, l'autopsie des malades qui succombent soit dans les services de clinique, soit dans les autres services de l'hôpital académique. En même temps qu'il procède à l'examen du cadavre, il dicte à son assistant un protocole qui est également écrit par l'assistant du professeur de clinique présent avec ses élèves, ou par le médecin du service hospitalier. Puis il fait, séance tenante, une leçon sur les lésions constatées, sur les caractères qu'elles présentent dans le cas particulier, en réservant les pièces convenables pour les exercices pratiques de microscopie pathologique; les étudiants suivent pièces en main cet enseignement, qui devient une véritable démonstration. Les protocoles de toutes les autopsies sont conservés et classés ; ainsi est formé, au bout de quelques années, un recueil scientifique d'une valeur immense, tant pour le nombre des faits que pour l'exactitude des descriptions.

« Rien de plus étrange, rien de plus choquant même, au premier coup d'œil, que cette concentration des autopsies entre les mains du professeur d'anatomie pathologique, lequel, pour le dire en passant, n'a jamais de service médical sous sa direction. Pourtant, lorsqu'une fois cette première impression dissipée, on réfléchit sans parti pris à cette organisation, lorsque surtout on l'a vue en activité, on ne peut s'empêcher de reconnaître qu'elle présente de réels avantages. Et d'abord en ce qui touche l'enseignement de l'anatomie pathologique, la question ne peut pas être discutée : dans une matière où il s'agit avant tout de voir et de toucher, ces exercices pratiques sont plus profitables aux élèves que tous les cours, toutes les descriptions possibles. Mais je vais plus loin et la mesure me semble des plus heureuses, et au point de vue de l'enseignement clinique, et au point de vue des intérêts généraux de la science.

« Un malade succombe dans le service de la clinique médicale, par exemple : après une discussion et un examen suffisants, le professeur avait formulé publiquement son diagnostic. Voici venu le moment du contrôle, et ce contrôle, ce n'est pas lui qui a le droit de le faire ; c'est le professeur compétent qui, sans idée préconçue, sans connaître le premier mot de l'histoire du malade (1) va procéder à l'autopsie complète, et, ce faisant, il énoncera publiquement les lésions observées. Impossible de dissimuler une erreur : si elle a été commise, la ressource des demi-aveux ou des examens adroitement incomplets a disparu ; le diagnostic anatomique va justifier ou renverser brutalement le diagnostic clinique. On conçoit quelle attention rigoureuse le professeur clinicien apporte dans ses diagnostics ; il peut se tromper, mais sachant l'épreuve inévitable qui l'attend, il ne se trompe à coup sûr ni par légèreté ni par étourderie. S'agit-il d'un cas difficile et obscur, l'autopsie prend toutes les proportions d'un événement : c'est peut-être un triomphe qui se présente, mais c'est peut-être un lamentable échec ; et puis les élèves ont discuté eux aussi le diagnostic, ils se sont divisés en deux camps et ils abordent l'amphithéâtre avec les mêmes sentiments, avec les mêmes inquiétudes que le maître. Tout cela donne à l'enseignement une animation, un entrain qui sont de puissantes garanties de succès.

« D'un autre côté, le professeur qui pratique l'autopsie ne se trouve point placé, comme le serait le professeur de clinique, entre les intérêts de son amour-propre et ceux de la vérité ; ces derniers seuls le préoccupent et dans cette situation il observe avec une parfaite liberté d'esprit, il expose nettement et exactement les résultats de son examen. Les observations nécroscopiques, ainsi recueillies, présentent donc toutes les garanties désirables, et si le professeur de clinique veut publier l'histoire de son malade avec son autopsie, il est tenu, pour cette dernière partie, de se conformer strictement au protocole qui a été dicté par son collègue. Enfin, le professeur d'anatomie pathologique, ne connaissant point l'histoire clinique de son sujet, est obligé de faire, dans tous les cas, une autopsie complète, et il est bien difficile qu'une lésion quelconque passe inaperçue. Je le redis encore, et avec une entière conviction, un tel ordre de choses me paraît servir merveilleusement et les intérêts de la science et ceux de l'enseignement (2). »

Avant toute autopsie, le professeur d'anatomie pathologique est prévenu par un bulletin, qui lui est adressé par le médecin dans le service duquel a eu lieu le décès.

L'autopsie terminée, on s'occupe des *pièces à conserver*; les unes sont mises à dégorger, les autres placées dans différents liquides et selon les organes et les recherches

(1) Jaccoud.— *De l'organisation des facultés de médecine en Allemagne*, 1864.

(2) En Italie l'organisation allemande est presque universellement adoptée ; elle tend, du reste, de plus en plus à être introduite dans les universités de langue française (Gand, Bruxelles, Liège, Nancy, Lyon, Montpellier, etc.), et bientôt Paris sera la seule ville universitaire où l'organisation des services d'autopsie fera encore presque totalement défaut (Voir p. 355, Hotel-Dieu, et 356, Charite.)

(1) Le diagnostic clinique est actuellement toujours fourni au professeur d'anatomie pathologique.

(2) « Propager l'autopsie, l'organiser, c'est rendre service à la science et, par suite, aux malades. » (Tourdes).

auxquelles elles doivent servir. Les pièces définitivement conservées sont plus tard classées au musée pathologique. Souvent, elles sont accompagnées d'un *résumé de l'observation clinique*, inscrit sur un livre spécial (Iéna, Tubingue, Prague, Berne, Copenhague, Amsterdam, Turin, Lyon, Utrecht, Edimbourg, Coïmbre, Port-au-Prince. Il est regrettable que, dans certains musées, on fasse abstraction complète ou presque complète des observations cliniques.

Dans certaines universités, notamment à Munich et à Liège, outre les procès-verbaux détaillés recueillis sous la dictée de l'opérateur au moment de l'autopsie, on en transcrit les points principaux (diagnostic anatomique) sur un registre spécial, où les lésions des divers appareils sont inscrites dans des colonnes distinctes. Ce répertoire facilite beaucoup les recherches.

C'est ce diagnostic anatomique qui est fourni à l'administration communale et au bureau de statistique; dans certaines villes, notamment à Vienne, les journaux politiques publient chaque jour, sous la rubrique « état civil » *le nom des personnes décédées et l'indication de la maladie à laquelle elles ont succombé.*

En Allemagne, les *autopsies médico-légales* et les *autopsies médicales* sont faites d'après une méthode parfaitement déterminée et dont aucun médecin instruit ne s'écarte. C'est à cette méthode que sont dus, non seulement les progrès accomplis par l'anatomie pathologique dans ce pays ; mais c'est encore par elle que les observations publiées acquièrent une valeur qu'elles ne sauraient posséder avec les courts résumés et les lacunes des rapports d'autopsies publiées en France à la suite des observations.

Nos étudiants ne pourraient, du reste, généralement s'initier à une technique qui n'est enseignée nulle part; et dans leurs livres classiques (1) ou dans ceux récemment édités, ils trouvent encore décrits des procédés absolument défectueux et anciens, des procédés en grande partie empruntés à la pratique médico-légale (2). On y lit, par exemple: « deux incisions fendent la bouche jusqu'aux oreilles, une troisième divise la lèvre inférieure, joint le sternum en suivant la ligne médiane du col se prolonge à droite et à gauche, etc. »

La méthode WIRCHOW est généralement adoptée. Toutefoi nous voyons qu'à Iéna, le professeur emploie une méthode propre ; qu'à Prague on suit la méthode de ROKITANSKY à la Faculté allemande, tandis qu'à la Faculté tchèque, on se sert de la méthode de VIRCHOW, avec quelques modifications, entre autres la méthode de PITRES, pour le cerveau. A Rome, à Gênes, à Jassy, c'est encore la méthode de Virchow qui est adoptée.

L'*enseignement* comprend les autopsies cliniques auxquelles assistent le professeur de clinique et les étudiants qui suivent les leçons. Cette autopsie, comme nous l'avons vu, est toujours faite par le professeur d'anatomie pathologique, qui dicte en même temps le procès-verbal. Le double de ce protocole est délivré au professeur de clinique, tantôt sur sa demande, tantôt obligatoirement, suivant les facultés. Il a toujours le droit de faire relever le procès-verbal d'autopsie d'un de ses malades.

La *technique de l'autopsie* est spécialement enseignée dans un cours pratique d'autopsie qui a lieu de une à trois fois par semaine, selon l'importance de la faculté et le nombre des cadavres dont elle dispose. Pour ce cours, qui a lieu généralement l'après-midi, on se sert des corps provenant des services des médecins ordinaires de l'hôpital ou des corps à l'autopsie desquels, pour une raison ou pour une autre, le professeur de clinique croit pouvoir se dispenser d'assister. Deux élèves sont désignés pour pratiquer l'autopsie : un, pour l'autopsie des cavités thoraciques et abdominales ; l'autre, pour la cavité crânienne et pour l'enlèvement de la moelle.

(1) Chomel avait déjà dit que toute nécropsie doit être exécutée selon « un ordre convenable afin de ne rien omettre d'essentiel, afin aussi que l'examen des parties d'abord découvertes ne nuise pas à l'examen des autres. »

(2) Nous citerons pour exemple les *Traités de médecine légale*, de Legrand du Saulle (1874, p. 1097) ; — de Lutaud (1877, p. 222) ; — de Dambre (1878, p. 603), dont les préceptes se rapprochent plus ou moins de ceux prescrits par Tourdes.

Outre le cours théorique d'anatomie pathologique, pour lequel le professeur utilise les pièces du musée et les pièces fraîches, si les hasards de l'autopsie lui en ont procuré, l'enseignement de l'anatomie pathologique pratique est complété par un *cours de démonstrations* ; les pièces recueillies dans les dernières autopsies sont de nouveau mises devant les yeux des élèves ; les lésions sont décrites, expliquées, rapprochées d'autres lésions trouvées sur d'autres cadavres ; ils apprennent ainsi à faire un diagnostic pathologique aussi précis que possible. De nombreuses préparations histologiques accompagnent, du reste, les démonstrations macroscopiques.

L'utilité de *ces cours de démonstrations* est si bien comprise, que tous les élèves y sont plus nombreux que partout ailleurs, et que beaucoup de médecins praticiens demandent à y assister. L'enseignement est complété par les exercices et les travaux faits, par les élèves, dans les divers laboratoires, où microscopes, réactifs, etc., etc., sont mis gratuitement à leur disposition.

Les élèves suivent le plus souvent avec assiduité les différents cours pratiques et théoriques d'anatomie pathologique auxquels les attire le mode d'enseignement adopté (1). Ils savent, du reste, qu'aux examens (2), ils ont des épreuves pratiques, telles que l'exécution d'une autopsie, la démonstration d'une pièce anatomo-pathologique (3) ou d'une préparation d'histologie pathologique ; qu'à l'examen de l'autopsie, on leur demandera, en certains cas, de confirmer, séance tenante, leur diagnostic microscopique par l'examen histologique.

Dans certaines villes, les élèves tirent encore profit de l'enseignement donné par les prosecteurs. A Copenhague, par exemple, le prosecteur du grand hôpital communal est chargé d'enseigner les éléments de l'art des autopsies aux étudiants en médecine attachés comme volontaires à l'hôpital ; deux d'entre eux sont désignés pour faire, durant six semaines, le service de la salle d'autopsies. « Cet *enseignement communal*, nous écrit M. Salomonsen, forme un supplément très précieux de l'*enseignement de la faculté.* » Cette organisation existe maintenant dans la plupart des pays d'Europe.

La nécessité d'établir un *service d'autopsie*, analogue à celui qui fonctionne à l'étranger, est reconnue par tous ceux qui ont vu fonctionner le système allemand, par tous les auteurs sans exception qui ont publié dans ces derniers temps des travaux sur la technique des autopsies et l'organisation des services de nécropsies (4).

C'est pour faire droit en partie à ces désidérata qu'en 1880 le ministre de l'instruction publique avait eu l'heureuse idée d'inscrire au budget de 1881 une somme de 27,400 francs pour la création d'une *chaire d'anatomie pathologique pratique* et d'un laboratoire qui devaient être installés dans l'institut clinique de l'Hôtel-Dieu. M. G. Sée fit un rapport tendant au refus, à l'unanimité, de la création de cette chaire et à plus forte raison à son installation dans un grand hôpital (5). Ce n'est plus le moment de discuter ce rapport, qui contient nombre d'erreurs (6). Il parut pourtant concluant au ministre.

(1) Voir les *Cours pour les médecins-praticiens* dans le numéro 34 du *Progrès médical* (1885).

(2) En France, il n'y a généralement pas d'épreuves pratiques ; à Lyon on exige l'exécution d'une autopsie avec démonstration de pièces, tant au point de vue macroscopique que microscopique ; à Montpellier, on demande, soit une autopsie, soit le diagnostic anatomique (macroscopique ou histologique) des pièces.

(3) L'élève doit souvent en faire une préparation histologique, à Kiel, à Liège et à Utrecht, par exemple.

(4) Voir entre autres : Jaccoud, *loc. cit.* ; — Vignal, les *Universités de langne allemande* (*Archives générales de Médecine*, juillet, 1885, p. 89) ; — A. Bouchard, *Un Voyage à travers quelques établissements scientifiques de la France et de l'étranger*, 1885. — Fort, *Manuel de pathologie interne*, p. XL, 1879, « Du reste une autopsie plus longue ne serait plus possible avec l'organisation actuelle des services des hôpitaux. Il serait à désirer qu'un professeur spécial fût chargé du service des autopsies comme cela a lieu dans certaines universités étrangères ». — R. Blanchard, *Les Universités allemandes*, 1883, etc.

(5) Voir *Progrès médical.* Nos 16 et 17, p. 320 et 339, 17 et 21 avril 1881.

(6) On trouvera des renseignements exacts dans le rapport de

insuffisamment instruit, qui renonça à son projet. Il semble que, depuis, M. G. Sée et un autre des membres de la commission soient revenus des préventions qu'ils avaient à cette époque à l'égard des installations de services d'autopsies, puisque nous avons vu récemment M. G. Sée faciliter à l'Hôtel-Dieu l'innovation tentée par M. Cornil (1).

M. Firket a justement apprécié dans les lignes suivantes la conduite de l'Ecole de Paris en cette circonstance :

« Le corps médical, dit-il, par une susceptibilité regrettable, s'est toujours refusé à adopter l'organisation en vigueur de l'autre côté du Rhin. Le plus souvent l'autopsie est faite par les internes, qui n'ont pu puiser à aucun cours les notions nécessaires sur la technique de ces opérations et l'examen est souvent incomplet : il n'existait pas d'ailleurs, jusque dans ces derniers temps, de cours pratique d'anatomie pathologique et l'on en était arrivé à ce résultat inouï qu'à Paris, dans la première faculté de France, M. le professeur CHARCOT ne disposait pas, comme professeur d'anatomie pathologique, d'un pouce carré de membrane, d'organe ou de tissus malades qu'il pût montrer à ses élèves ! Sans doute, personnellement, comme médecin des hôpitaux à la Salpêtrière, comme président de la Société anatomique, comme savant enfin auquel on était heureux de soumettre des cas pathologiques, M. CHARCOT réussissait à réunir des matériaux, mais rien, si ce n'est son propre zèle, ne l'obligeait à s'en donner la peine : l'organisation existante ignorait les besoins d'un enseignement pratique de l'anatomie pathologique !

« Dans les nouvelles facultés françaises, cependant, à Lyon, à Lille, à Nancy, le système allemand a pu être adopté sans soulever de difficultés et l'on en a rapidement apprécié tous les avantages. Mais lorsqu'il s'est agi, il y a trois ans, de fonder à Paris une chaire d'anatomie pathologique pratique, dont le titulaire eût été chargé de faire les autopsies dans les services cliniques, cette proposition a soulevé un véritable orage, et l'on a pu voir, par le rapport qui fut présenté à la Faculté, concluant au rejet du projet de loi, combien certaines personnes avaient peu connaissance de ce qui se passe au delà des barrières de l'octroi de Paris.

« A l'heure qu'il est, malgré l'heureuse nomination à la chaire d'anatomie pathologique du professeur CORNIL, qui, pénétré des avantages d'une organisation régulière des services d'autopsie, a courageusement lutté pour en faire sentir tout le prix, la Faculté de Paris attend encore une réforme complète de l'organisation des autopsies dans les hôpitaux. »

En *France*, il n'existe pour ainsi dire aucun institut pathologique universitaire. A *Lyon*, une partie des nouveaux bâtiments est consacrée à l'anatomie pathologique ; l'installation y est convenable ; à côté de la salle d'autopsie, on a placé un laboratoire de chimie, muni, lui aussi, de tables d'autopsie ; un musée, des laboratoires d'histologie, etc., etc. Lors de la création de la faculté, les professeurs de clinique avaient consenti à laisser faire des autopsies par le professeur d'anatomie pathologique, mais cette manière de procéder est tombée en désuétude par suite du défaut d'entente entre les professeurs.

A *Nancy*, l'organisation allemande est en vigueur à la satisfaction de tous ; les autopsies sont pratiquées par le professeur d'anatomie pathologique en présence du professeur de clinique. Les élèves sont exercés individuellement ; on sait, du reste que l'enseignement pratique des autopsies était enseigné depuis 1839 à Strasbourg et que Nancy a continué (depuis 1872) à suivre les errements en usage chez son aînée. Un institut anatomique annexé à l'hôpital viendra prochainement améliorer l'organisation actuelle de l'enseignement médical à Nancy (2).

A *Bordeaux*, la chaire d'anatomie pathologique peut être considérée comme n'existant pas ; le professeur, qui n'a pas de service hospitalier, comme ceux de Paris, de Lyon, etc..., ne peut pratiquer aucune autopsie ; il ne dispose que des pièces qui lui sont envoyées par des médecins des hôpitaux des villes voisines (jamais par ceux de la ville) ; il n'existe ni instituts, ni musée, ni laboratoire, etc... Ainsi une grande ville, comme Bordeaux, se trouve être bien moins dotée que le plus petit hôpital d'un des pays du centre et du nord de l'Europe.

A *Paris*, l'organisation du service des autopsies dans les services cliniques officiels laisse beaucoup à désirer. La plupart des cliniques sont actuellement pourvues de chefs de laboratoire, dont quelques-uns pratiquent les autopsies du service. C'est ainsi qu'à l'hôpital Necker le chef de laboratoire pratique officiellement toutes les autopsies de la clinique médicale ; qu'à la Salpêtrière, c'est un préparateur (et non le chef du laboratoire), M. le Dr Féré, qui est chargé des autopsies de la clinique de M. Charcot (*Maladies du système nerveux*).

En ce qui concerne la *Faculté*, il nous semble que l'innovation introduite à l'Hôtel-Dieu, l'an dernier, par MM. Cornil et G. Sée, indique la marche à suivre. L'Hôtel-Dieu possède déjà trois cliniques officielles (médecine, chirurgie, ophtalmologie). Si le professeur d'anatomie pathologique pouvait pratiquer les autopsies de ces trois cliniques ; il aurait des moyens sérieux pour enseigner la pratique des autopsies, et aurait, de plus, à sa disposition des pièces intéressantes pour son cours théorique. Il serait possible aussi d'augmenter ses ressources en lui donnant, à l'annexe de l'Hôtel-Dieu, un service en échange de celui dont il est chargé à l'hôpital de la Pitié. Ceux de la Charité et de Necker ont deux cliniques officielles (Médecine et Chirurgie). Il serait donc possible de confier, dans chacun de ces hôpitaux, les autopsies des services de clinique à un chef de laboratoire, ou à un prosecteur qui serait chargé, non pas d'enseigner l'anatomie pathologique, afin de ne pas porter atteinte aux prérogatives du professeur titulaire, mais d'apprendre aux étudiants la *technique des autopsies*, les professeurs de clinique se réservant, s'ils le veulent, le soin d'exposer les lésions observées à l'autopsie de leurs malades. C'est là un programme qui nous paraît aisément réalisable, sans changer brusquement les habitudes de nos maîtres ; il est certain que tous les étudiants en retireraient un grand profit.

Relativement aux *hôpitaux*, la réforme ne nous paraît pas plus difficile. Il conviendrait d'avoir dans chaque hôpital un *prosecteur* nommé à la suite d'un *concours* ou d'un *examen*, ou choisi parmi les *anciens internes* ayant prouvé leurs aptitudes spéciales, par la fréquentation des laboratoires. La publication de travaux d'anatomie pathologique, et ayant suivi les cours de technique des autopsies de la Faculté.

L'organisation de ce *service des autopsies* n'entrainerait pas des dépenses sérieuses. Le traitement pourrait varier de 1.200 francs à 2.400 fr., suivant l'importance des hôpitaux. L'autopsie serait faite par le prosecteur assisté tantôt de l'interne, tantôt de l'un des externes. Tout le monde en profiterait : les chefs de service qui seraient assurés d'avoir des autopsies complètes, faites avec soin ; les internes et les externes qui apprendraient à bien faire des autopsies.

En organisant le service des autopsies, suivant ces indications générales, le Conseil municipal et l'Assistance publique rendraient de grands services à l'enseignement et contribueraient à agrandir le renom scientifique de notre pays. Ils feraient faire un pas de plus à la question de la création à Paris, d'une véritable *Ecole municipale de médecine*.

Alors on pourrait instituer un examen pratique sur l'anatomie pathologique dont aujourd'hui la majorité des étudiants ne comprend peut-être pas toute l'importance et l'on serait en droit d'instituer un examen pratique, portant exclusivement sur l'anatomie pathologique (pratique d'une autopsie, démonstrations de pièces). Il en résulterait une somme plus considérable de connaissances pour les médecins, leur instruction serait plus complète. La Faculté et l'Assistance publique contribueraient aussi, chacune dans sa sphère, à donner de bons médecins au pays, qui ne pourrait que leur en être reconnaissant.

Nous donnons ici le plan de l'Institut pathologique de la Faculté de Halle (*fig.* 96) et de l'Institut de Bâle (*fig.* 97, 98, 99 et 100).

M. Jaccoud, présenté le 6 octobre 1863 à M. le Ministre de l'Instruction publique, intitulé : De l'*Organisation des facultés de Médecine en Allemagne.*

(1) C'est en effet sur la proposition de MM. Cornil et G. Sée que la faculté de médecine de Paris, a décidé que les autopsies du service de clinique médicale seraient faites par le professeur d'anatomie pathologique à l'Hotel-Dieu, dans l'amphithéâtre Bichat.

(2) Nous signalerons, en passant, l'enseignement pratique de la médecine légale, enseignement organisé déjà à Strasbourg en 1840. « Notre service, nous écrit M. le professeur Tourdes, est bien établi ; la Morgue est à coté de la Faculté, ce qui est d'un grand intérêt pour le professeur de médecine légale : j'en use, autant que possible ; et je fais ici, comme autrefois à Strasbourg, mes autopsies devant les eleves. »

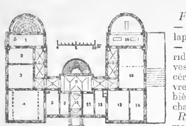


Fig. 96. (Empruntée à Tiedemann)(1). — *Sous-sol* : 1, a. chenil ; *b*. cages à lapins ; — 2, 4, logement du garçon ; — 5. cabinets d'aisance ; — 6, 7, corridors ; — 8, 10, grenouillère ; — 9, vestibule ; — 11, 12, chambres de macération ; — 13, 14, dépôt des cadavres ; — 15, chambre pour la nuit en bière ; — 16, chapelle ; — 17, monte-charge.

Rez de chaussée ; 1, salle des démonstrations ; — 2, chambre de préparatifs pour demonstrations ; — 3, chambre a vivisections ; — 4, auditoire ; — 5, chambre de préparations ; — 6, vestiaire ; — 7, corridors ; — 8, loge du concierge ; — 9, vestibule ; — 10, entrée ; — 11, 2ᵉ assistant ; — 12, 13, antichambre et cabinet du directeur ; — 14, 1ᵉʳ assistant ; — 15, salle de microscopie pour les élèves déja exercés ; — 16, salle d'autopsie,

1ᵉʳ *étage* : 2, 4, 6, collections ; — 5, 8, dépendances du laboratoire de chimie ; — 7, corridor ; — 9, vestibule ; — 10, 12, laboratoire de chimie ; — 13, 15, salles de microscopie.

b) Instituts hospitaliers. — Les instituts hospitaliers ne diffèrent des instituts universitaires que par leur moindre dimension ; dans beaucoup d'hôpitaux de l'Allemagne, un prosecteur est chargé de pratiquer les autopsies des chefs de service en même temps que des recherches anatomo-pathologiques ; ces fonctions sont toujours dévolues à un anatomo-pathologiste. Les chefs de service des hôpitaux où n'existe pas cette institution font eux-mêmes les autopsies, mais ont fréquemment recours au professeur d'anatomie pathologique de la Faculté la plus proche, soit pour confirmer, dans des cas difficiles, un diagnostic douteux, soit dans l'intérêt de l'enseignement médical. Dans les hôpitaux mixtes, où existent des cliniques et des services ordinaires, le professeur d'anatomie pathologique remplit à l'égard de ces derniers le rôle de prosecteur.

En *France*, ces instituts sont à peu près inconnus. La mauvaise organisation, l'insuffisance, pour ne pas dire plus, des services des morts et des autopsies de la plupart des hôpitaux et hospices de Paris a été signalée énergiquement par l'un de nous dans différents rapports au Conseil municipal. Il a insisté sur la nécessité de les concevoir grands, commodes, aussi

Fig. 97. — *Façade de l'Institut pathologique de la Faculté de Bâle.* — Échelle : 1 : 225 (1).

Fig. 98.—*Souterrain* : *a*, tables des morts ; *b*, ascenseur pour les cadavres. 1, débarras ; 2, cave de préparations ; 3, charbon ; 4, dépôt de cercueils ; 5, chambre d'exposition ; 6, passage ; 7, dépôt des cadavres ; 8, buanderie ; 9, salle de macération.

(1) Tiedemann. — *Die med. Lehrinstitute der Universitat Halle*, Berlin 1882, p. 49.

(1) Cette figure et les suivantes sont empruntées au plan de l'Institut de Bale, publié en 1880 par MM. le Dʳ Moritz Roth et Paul Reber, architecte.

complets que possible, d'y réunir tous les laboratoires, d'y joindre un musée, etc..... C'est d'après ses indications et à la suite de ses rapports qu'ont été construits les services des morts et autopsies de Laënnec et Necker.

Chaque médecin y dispose d'un laboratoire où peuvent travailler les élèves sous sa direction. Peut-être aurait-on avantage à créer des laboratoires communs où chaque médecin professeur pourrait disposer d'un certain nombre de places. Mais on a eu peur de heurter des mauvais vouloirs, ou de froisser des amours-propres; il est, en effet, curieux de voir en France le corps médical partisan d'un enseignement centralisateur, opposé à toute autonomie scientifique, s'individualiser à outrance quand il s'agit de travaux ou de recherches en commun, par crainte de voir le voisin faire mieux ou plus vite, et jalousant toute personne produisant en dehors d'eux. — C'est aussi d'après le programme élaboré par lui que sera édifié le service des morts et des autopsies au grand asile de Villejuif (1).

Dans la plupart des hôpitaux, les chefs de service ne pratiquent pas eux-mêmes l'autopsie des malades décédés dans leur service. Les autopsies sont le plus souvent faites par les internes, par les externes ou même par un stagiaire qui se contente d'enlever ensemble toute la masse intestinale, avec les

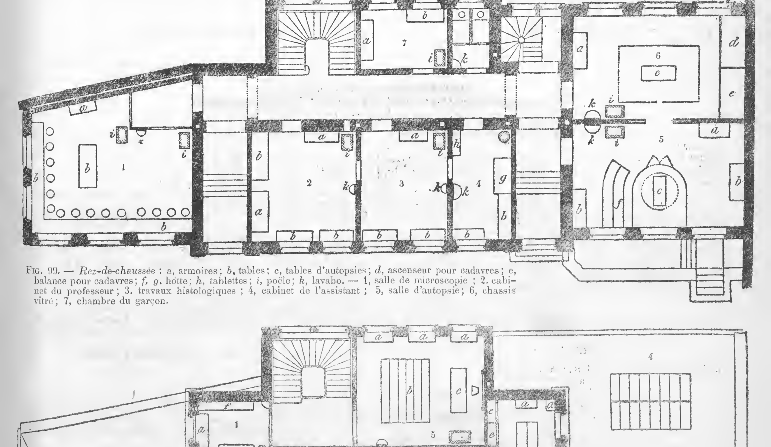


Fig. 99. — *Rez-de-chaussée* : a, armoires; *b*, tables; *c*, tables d'autopsies; *d*, ascenseur pour cadavres; e, balance pour cadavres; *f*, *g*, hotte; *h*, tablettes; *i*, poêle; *k*, lavabo. — 1, salle de microscopie ; 2, cabinet du professeur ; 3, travaux histologiques ; 4, cabinet de l'assistant ; 5, salle d'autopsie; 6, chassis vitré; 7, chambre du garçon.

Fig. 100. — 1er *étage* : *a*, tables; *b*, bancs-tables; *c*, table avec pupitre; *e*, vitrines; *f*, tablettes. — 1, chambre pour préparer les pièces; 2, musée; 3, musée des pièces sèches; 4, chassis vitré; 5, salle de cours.

organes abdominaux et thoraciques, ou de mettre à découvert un organe sans aucune méthode, d'après aucune règle. Le médecin vient ensuite vérifier son diagnostic ou se contente même du rapport qui lui est fait par son élève.

Certains instituts hospitaliers méritent d'être particulièrement signalés ; ceux de Dresde, de Francfort-sur-le-Mein, de Brunswick, qui sont et ont été dirigés par des anatomistes illustres et où se donnent des cours très fréquentés par les médecins particuliers. Nous renvoyons à cet égard à un article que l'un de nous a publié sur ce sujet dans le *Progrès médical* (nº du 22 août 1885, p. 136).

L'installation d'obituaires, dans les cimetières permettrait aussi l'éloignement rapide des corps du domicile des décédés, à la suite de maladies infectieuses : il permettrait en outre de faire des autopsies immédiatement avant la mise en terre et fournirait de nouveaux éléments d'instruction aux nombreux étudiants de la Faculté de Paris.

Qu'il nous soit permis, en terminant, de faire des vœux pour que cet exposé, que nous sommes les premiers à reconnaître incomplet, attire l'attention de tous les intéressés et soit le point de départ de réformes fécondes !

B. et P. B.

(1) Bourneville. — *Rapport à la Commission de surveillance des asiles d'aliénés de la Seine.*

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Année scolaire 1885-1886).

Cours d'hiver.

Les Cours du semestre d'hiver ont lieu dans l'ordre suivant, à partir du 3 Novembre 1885.

Physique médicale : M. Gavarret. — Phénomènes physiques de la phonation et de l'audition. — Lundi, à 4 heures (Petit Amphithéâtre). — M. Gariel, agrégé-suppléant : Notions sommaires de mécanique appliquée. — Acoustique. — Chaleur. — Optique géométrique. Lundi, mercredi, vendredi, à midi (Petit Amphithéâtre).

Pathologie médicale : M. Peter. — Les maladies tuberculeuses. Les maladies rhumatismales. — Les maladies goutteuses. — Les anémies. Mardi, jeudi, samedi, à 3 heures (Grand Amphithéâtre).

Anatomie : M. Sappey. — Le système nerveux. — Les organes des sens. — L'appareil de la digestion. Lundi, mercredi, vendredi, de 4 à 5 heures (Grand Amphithéâtre).

Chimie médicale : M. Gautier (Armand). — Métalloïdes et métaux : leurs applications à la médecine. Mardi, jeudi, samedi, à mid (Grand Amphithéâtre).

Pathologie chirurgicale : M. Lannelongue. — Maladies chirurgicales du membre inférieur. — Maladies chirurgicales des organes génitaux de l'homme. Lundi, mercredi, vendredi, à 3 heures (Grand Amphithéâtre).

Opérations et Appareils : M. Duplay. — Traitement chirurgical des maladies des vaisseaux et des nerfs — Opérations qui se pratiquent sur les vaisseaux et les nerfs. — Traitement chirurgical des tumeurs. Mardi, jeudi, samedi, à 4 heures (Grand Amphithéâtre).

Histologie : M. N... Mardi, jeudi, samedi, à 5 heures (Grand Amphithéâtre).

Anatomie pathologique : M. Cornil. — Anatomie pathologique générale. — Inflammations. — Bactéries. — Dégénérescence. — Tumeurs. — Lésions des os. Mercredi, vendredi, à 5 heures, Faculté (Grand Amphithéâtre). Lundi, à 1 heure 1/2 (Ecole pratique). — Autopsies, par M. Cornil, tous les jours, à 10 heures (Amphithéâtre Bichat, à l'Hôtel-Dieu).

Histoire de la Médecine et de la Chirurgie : M. Laboulbène. — Histoire des principales découvertes en médecine et en chirurgie (*suite*). — Biographie et bibliographie médicales. Mardi, jeudi, samedi, à 4 heures (Petit Amphithéâtre).

Conférences de Médecine légale pratique : M. Brouardel. — Conférences de médecine légale pratique. Lundi, mercredi, vendredi, à 2 heures (à la Morgue).

Cliniques.

Cliniques médicales : M. G. Sée, à l'Hôtel-Dieu, lundi et vendredi, à 9 heures 1/4.
— M. Hardy, à la Charité, mardi et samedi, à 10 heures.
— M. Potain, à l'hôpital Necker, lundi et vendredi, à 10 heures.
— M. Jaccoud, à la Pitié, mardi et samedi, à 9 h. heures 1/2.

Cliniques chirurgicales : M. Richet, à l'Hôtel-Dieu, mardi et samedi, à 10 heures.
— M. Verneuil, à la Pitié, lundi, mercredi et vendredi, à 10 heures.
— M. Trélat, à la Charité, lundi, mercredi et vendredi, - 10 heures.
— M. Lefort, à l'hôpital Necker, mardi et jeudi, à 10 heures.

Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale : M. Ball, à l'asile Sainte-Anne, dimanche et jeudi, à 10 heures.

Clinique des maladies des enfants : M. Grancher, à l'Hôpital des Enfants malades, à 10 heures.

Clinique des maladies syphilitiques et cutanées : M. Fournier, à l'Hôpital Saint-Louis, mardi et vendredi, à 9 heures.

Clinique des maladies du système nerveux : M. Charcot, à la Salpêtrière, mardi et vendredi, à 9 heures 1/2.

Clinique ophthalmologique : M. Panas, à l'Hôtel-Dieu, lundi et vendredi, à 10 heures.

Clinique d'accouchements : M. Pajot, à la Clinique de la Faculté, mardi, jeudi et samedi, à 9 heures.

Visite des malades tous les matins.

Cours auxiliaires.

Cours auxiliaire de pathologie interne : M. Hallopeau. — Maladies du système nerveux. — Névroses. — Lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures (*Amphithéâtre Laënnec*).

Cours auxiliaire de pathologie externe : M. Terrillon. — Maladies chirurgicales des voies génito-urinaires de l'homme et de la femme. — Mardi, jeudi, samedi, à 5 heures (*Amphithéâtre Laënnec*).

Cours complémentaires.

Cours complémentaire de chimie : M. Hanriot, agrégé. — Chimie biologique (digestion, sécrétion urinaire). — Mercredi, de 10 heures 1/2 à 11 heures 1/2, *Ecole pratique*, rue Vauquelin.

Cours complémentaire d'histoire naturelle médicale : M. Raphaël Blanchard, agrégé. — Zoologie médicale. — Mardi, jeudi, samedi, à 2 heures (*Grand Amphithéâtre*).

Cours complémentaire d'accouchements : M. Pinard. — Grossesse. — Accouchement normal. — Opérations obstétricales. — Mardi, jeudi, samedi, à 5 heures (*Petit Amphithéâtre*).

Cours complémentaire de physiologie : M. Reynier. — Les muscles. — Le système nerveux. — Les organes du sens. — Lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures (*Petit Amphithéâtre*).

Cours complémentaire d'anatomie pathologique : M. Hanot. — Lésions des systèmes cardio-vasculaire et lymphatique. — Jeudi, à 2 heures (*Ecole pratique*, rue Vauquelin).

Travaux pratiques.

Anatomie : M. Farabeuf, agrégé, chef des Travaux anatomiques. — Dissection. — Démonstrations par les prosecteurs et les aides d'anatomie. — Tous les jours, de midi à 4 heures (15, rue de l'Ecole-de-Médecine).

Anatomie : *Cours du chef des travaux anatomiques* : M. Farabeuf, agrégé, chef des travaux anatomiques. — Organes génito-urinaires.

Histoire naturelle : M. Faguet, chef des Travaux. — Exercices pratiques : Zoologie et botanique. — Conférences et démonstrations. — Lundi et jeudi (1re série) ; mardi et vendredi (2e série), de 9 h. à 11 h.

Chimie médicale : M. Hanriot, agrégé, chef des Travaux. — Manipulations de chimie. — Conférences et démonstrations. — Mardi, jeudi, samedi, de 8 heures à 10 heures 1/2.

Physique médicale : M. Guebhard, chef des Travaux. — Manipulations de physique. — Conférences et démonstrations. — Mardi, jeudi, samedi, de 4 heures à 6 heures.

Anatomie pathologique : M. Gombault, chef des Travaux. — Exercices pratiques d'anatomie pathologique. — Tous les jours, à 2 heures (*Ecole pratique*, rue Vauquelin, laboratoire d'anatomie pathologique).

Histologie : M. Cadiat, agrégé, chef des travaux. — Exercices pratiques d'histologie. — Mardi, jeudi, samedi, de 9 heures à 11 heures (*Ecole pratique*, rue Vauquelin). — (Des affiches spéciales annonceront l'ouverture des cours et des travaux pratiques).

Semestre d'hiver. — Division des études.

Première année : Chimie médicale, physique médicale, histoire naturelle médicale. — Travaux pratiques obligatoires (doctorat et officiat) : physique, chimie, histoire naturelle.

Deuxième année : Anatomie, histologie, physiologie, pathologie interne, pathologie externe. — Travaux pratiques obligatoires (doctorat) : anatomie, histologie. — Travaux pratiques obligatoires (officiat) : stage hospitalier, anatomie.

Troisième année : Anatomie, histologie, physiologie, anatomie et histologie pathologiques, pathologie interne, pathologie externe, opérations et appareils, thérapeutique et matière médicale, pharmacologie, cliniques médicale et chirurgicale. — Travaux pratiques obligatoires (doctorat) : stage hospitalier, anatomie. — Travaux pratiques obligatoires (officiat) : stage hospitalier, anatomie.

Quatrième année : Pathologie interne, pathologie externe, anatomie pathologique, pathologie et thérapeutique générales, pathologie expérimentale, opérations et appareils, hygiène, thérapeutique et matière médicale, pharmacologie, accouchements et maladies des femmes, médecine légale, histoire de la médecine et de la chirurgie, cliniques médicale et chirurgicale, clinique obstétricale, cliniques spéciales. — Travaux pratiques obligatoires (doctorat) : stage hospitalier, anatomie pathologique. — Travaux pratiques obligatoires (officiat) : stage hospitalier, anatomie.

Le *Musée Orfila* et le *Musée Dupuytren* sont ouverts aux élèves tous les jours, de 11 heures à 4 heures.

La *Bibliothèque* est ouverte tous les jours, de 11 heures du matin à 5 heures de l'après-midi et tous les soirs, de 7 heures et demie à 10 heures.

Semestre d'été.

Voici la liste des professeurs qui font leurs cours pendant le semestre d'été : M. Béclard (*physiologie*); — M. Damaschino (*pathologie médicale*) ; — M. Guyon (*pathologie chirurgicale*) ; — M. Regnauld (*pharmacologie*) ; — M. Proust (*hygiène*) : — M. Vulpian (*pathologie expérimentale et comparée*); — M. Baillon (*histoire naturelle médicale* ; — M. Hayem (*thérapeutique et matière médicale* ; M. Brouardel (*médecine légale*) ; — M. Pajot (*accouchements*).

Agrégés en exercice.

1re Section.— *Sciences anatomiques et physiologiques* : MM. Ch. Richet, Reynier et Rémy (Auguste).

2e Section. — *Sciences physiques et naturelles.* — *Physique* : M. Guebhard. — *Chimie* : MM. Lutz ; — Hanriot ; — Pouchet. — *Histoire naturelle* : M. Blanchard (Raphaël).

3e Section. — *Médecine proprement dite et médecine légale* : MM. Straus ; — Debove ; — Rendu ; — Hallopeau ; — Landouzy ; — F. Raymond ; — Troisier ; — Joffroy ; — Hanot ; — Quinquaud ; — Hutinel ; — Robin (Alb.).

4e Section. — *Chirurgie et accouchements.* — *Chirurgie* : MM. Terrillon, Humbert, Richelot, Peyrot, Bouilly, Reclus, Kirmisson, Segond, Campenon.—*Accouchements* : MM. Pinard, Budin et Ribemont-Dessaignes.

Travaux pratiques.

Les travaux pratiques, aux termes du décret du 20 juin 1878, sont *obligatoires* pour tous les élèves de 1re année, de 2e année, de 3e année et de 4e année. Ils sont obligatoires pour les *officiers de santé*.

Les droits à payer sont ainsi fixés (Décret du 20 juin 1878, article 8) : Elèves de 1re année, 60 fr.— Elèves de 2e année, 40 fr.— Elèves de 3e année, 40 fr. — Elèves de 4e année, 20 fr.

Les travaux pratiques sont facultatifs pour les élèves qui ont 16 inscriptions. Le décret du 14 octobre 1879 détermine les conditions que ces élèves ont à remplir pour pouvoir prendre part à ces travaux. Ce décret porte : « Art. 2. — Les élèves qui justifieront de toutes leurs inscriptions pourront, sur leur demande écrite, être admis par le Doyen à prendre part de nouveau à telle ou telle série d'exercices pratiques, moyennant le paiement d'un droit fixe de 40 fr. par année scolaire déterminé par le décret du 31 décembre 1864, pour les frais matériels des exercices facultatifs; ce droit est payable en un seul terme. » Conformément aux dispositions qui précèdent, les étudiants qui possèdent actuellement 16 inscriptions et qui désirent prendre part aux travaux pratiques doivent adresser au Doyen une demande qu'ils déposeront au secrétariat de la Faculté. Dès qu'ils auront reçu l'autorisation nécessaire, ils devront verser à la caisse du préposé aux droits universitaires la somme de 40 fr., stipulée plus haut, plus 0 fr. 25 pour le timbre de la quittance. Il leur sera délivré : 1° une quittance détachée du registre à souche attestant le paiement des droits; — 2° une carte d'admission aux exercices pratiques.

Les docteurs français et les étrangers qui désireraient être admis à prendre part aux travaux pratiques devront remplir les mêmes formalités que celles qui sont imposées aux étudiants ayant 16 inscriptions.

Les aspirants à l'*Officiat* sont assimilés aux étudiants pour le doctorat. Les travaux pratiques sont obligateires.

Les travaux pratiques, comme nous l'avons dit plus haut, sont *obligatoires* pour les élèves des 4 années d'études et *nul ne peut prendre d'inscription trimestrielle* s'il ne produit un *certificat d'assiduité* délivré par le chef des travaux. — Voici, pour chaque année, les exercices qne les étudiants (docteurs ou officiers de santé) sont obligés de suivre :

Première année.— Exercices pratiques de physique, de chimie et d'histoire naturelle. Ces exercices ont lieu : *Physique* : les mardis jeudis et samedis, de 4 h. à 6 h. — *Chimie* : les mardis, mercredis et jeudis, de 8 h. à 10 h. 1/2. — *Histoire naturelle* : les lundis, mardis jeudis et vendredis, de 9 h. à 11 heures.

Deuxième et troisième années.—Exercices pratiques d'anatomie et d'histologie, démonstrations de physiologie. — Les exercices pratiques d'*anatomie* ont lieu pendant le semestre d'hiver, *tous les jours*, de midi à 3 heures. Les démonstrations de *physiologie* ont lieu pendant le semestre d'été, les mardis et jeudis, de 2 h. à 4 h. Ils sont obligatoires pour tous les élèves de 2e et de 3e année. — Il en est de même pour les exercices d'*histologie*.

Quatrième année. Exercices pratiques de *médecine opératoire* et exercices pratiques d'*anatomie pathologique*. — Les exercices pratiques ont lieu à l'*Ecole pratique*, rue Lhomond (ancien collège Rollin, sauf ceux de dissection et de médecine opératoire qui ont lieu 15, rue de l'Ecole-de-Médecine, dans la nouvelle *Ecole pratique*). (Des affiches très prochaines feront connaître les dates d'ouverture des travaux pratiques du 1er semestre 1884-85).

Les inscriptions sont reçues aux laboratoires tous les matins de 9 heures à 11 heures. — Passé le 31 octobre, aucue inscription ne sera plus admise, à moins d'autorisation spéciale. En recevant l'inscription des élèves, MM. les Chefs des travaux remettront à chacun d'eux une carte d'entrée, sur présentation de la quittance à souche constatant le paiement des droits.

Dans l'intérêt de leurs études, MM. les élèves sont invités à demander leur inscription le plus tôt possible. Ils sont prévenus de leur mise en série par MM. les Chefs de travaux.

Travaux pratiques d'anatomie pathologique. — Les travaux pratiques d'anatomie pathologique commenceront le lundi 12 octobre 1885. — MM. les étudiants, pourvus de 12 inscriptions, sont priés de se faire inscrire à l'Ecole pratique (Laboratoire d'anatomie pathologique), pour les travaux pratiques concernant l'anatomie pathologique, les mardis et vendredis à partir du lundi 14 septembre 1885 jusqu'au mardi 17 novembre inclus, et de 1 heure à 2 heures de l'après-midi. Une carte d'admission leur sera délivrée. Ils sont prévenus que, dans le cas où ils négligeraient de se faire inscrire aux dates ci-dessus indiquées, les inscriptiens ultérieures leur seront refusées.

Travaux pratiques d'histologie, sous la direction de M. Cadiat, chef des travaux. — Le laboratoire des travaux pratiques d'histologie (Ecole pratique, 2, rue Vauquelin) sera ouvert, à partir du mardi 10 novembre 1885, les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, de 9 heures à 11 heures du matin. — Les travaux pratiques d'histologie sont obligatoires, pendant le semestre d'hiver, pour tous les élèves de seconde année. — Les inscriptions seront reçues de 9 heures à 11 heures du matin, au bureau du surveillant général de l'Ecole pratique, du 28 octobre au 5 novembre inclusivement, sur la quittance à souche constatant le versement des droits afférents à la cinquième inscription. — Une carte d'admission sera délivrée ; cette carte indiquera à chaque élève la série qui lui sera assignée et dont il ne pourra changer, sous aucun prétexte — MM. les étudiants de deuxième année sont prévenus que, dans le cas où ils négligeraient de se faire inscrire aux dates ci-dessus indiquées, les inscriptions ultérieures leurs seront refusées. — Passé le 5 novembre, aucune inscription ne sera reçue.

Personnel des travaux pratiques.

Anatomie. — *Chef des travaux* : M. Farabeuf. — *Prosecteurs* : MM. Castex, Michaud, Poirier, Ramonède, Barette Broca, Chaput, et Tuffier. — *Aides d'anatomie, titulaires* : MM. Beurnier, Boiffin, Clado, Damalix, Demoulin, Festal, Hallé, Hamonic, Hartmann, Lejars, Mérigot de Treigny, Métaxas, Montprofit, Phocas, Vallin, Villar, Villemin et Assaki. — *Chef du matériel* : M. Delahousse.

Chimie. — *Chef des travaux* : M. Hanriot, agrégé. — *Préparateur* : M. Monange; — *Préparateurs adjoints* : MM. Groslons, Combes et de Thierry.

Physique. — *Chef des travaux* : M. Guebhard; — *Préparateurs adjoints* : MM. Sandoz et Mergier.

Histoire naturelle. — *Chef des travaux* : M. Faguet. — *Préparateurs adjoints* : Botanique : MM. Bergé et Blondel ; — Zoologie : M. Artault.

Histologie. — *Chef des travaux* : M. Cadiat. — *Préparateurs* : MM. N... et Gaucher. — *Aides* : MM. Launois et Sapelier.

Physiologie. — *Chef des travaux* : M. Laborde. — *Préparateurs* : MM. Rondeau et Gley. — *Aides* : MM. Pignol et Martin.

Anatomie pathologique. — *Chef des travaux* : M. Gombault. — *Préparateurs* : MM. Brault, N... et Chantemesse. — *Aides* : MM. Dubar, Durand-Fardel et Jardet.

Inscriptions. Formalités à remplir.

I. *Inscription des élèves nouveaux.* — L'inscription des élèves nouveaux aura lieu tous les jours, de midi à trois heures, dans le cabinet du Doyen, du mercredi 15 octobre au vendredi 6 novembre inclus. Le dossier scolaire de ces Elèves sera constitué conformément aux règles établies ci-dessous (articles 3 et 23 du décret en date du 30 juillet 1883). Il leur sera délivré une feuille d'inscriptions, une carte d'Etudiant, ainsi qu'un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au Secrétariat pour prendre leur inscription et retirer le bulletin de versement des droits à payer à la caisse du receveur des Droits universitaires.

II. *Dispositions générales relatives aux inscriptions* (Extrait du décret en date du 30 juillet 1883 fixant le régime des Cours dans les Facultés et Ecoles supérieures de plein exercice et préparatoires). — Art 1er. — Un règlement préparé par la Faculté ou Ecole et approuvé par le Recteur fixe le délai pendant lequel reste ouvert le registre d'inscriptions à chaque trimestre. Les bacheliers reçus à la session de novembre, et les étudiants qui n'ont passé qu'en novembre les examens correspondant aux quatrième, huitième et douzième inscriptions, et les engagés conditionnels d'un an libérés à cette époque, sont admis à se faire inscrire après leur réception ou leur libération. Il leur est accordé, à cet effet, après leur libération ou leur réception, un délai qui ne peut dépasser huit jours. Le registre est clos par le Doyen ou par le Directeur et visé par le Recteur de l'Académie ou par son délégué.

Art. 2. — La première inscription doit être prise au commencement de l'année scolaire. L'Etudiant ne peut en aucun cas faire prendre ses inscriptions par un mandataire. En cas de maladie dûment constatée ou d'empêchement légitime, le Recteur peut, sur l'avis de la Faculté ou de l'Ecole, accorder l'autorisation de prendre une inscription après clôture du registre. Pour des motifs graves, après avis conforme de la Faculté ou Ecole, le Recteur peut accorder l'autorisation de prendre les deux premières inscriptions de droit, de médecine et de pharmacie, avant le 15 janvier. Il n'est

donné aucune suite aux demandes qui parviennent à la Faculté ou Ecole après le 1er janvier. En aucun cas, l'Etudiant ne peut commencer ses études après le 15 janvier. Aucune dispense ne sera accordée.

Art. 3. — Tout Etudiant qui se présente pour prendre sa première inscription dans un établissement d'enseignement supérieur est tenu de déposer : 1° Son acte de naissance; 2° S'il est mineur, le consentement de son père ou de son tuteur. Ce consentement doit indiquer le domicile du père ou tuteur ; 3° Les diplômes exigés par les règlements.

Les aspirants au Doctorat doivent produire les diplômes suivants (Décret du 20 juin 1878) : 1° Baccalauréat ès lettres ; 2° Baccalauréat ès sciences (complet ou restreint ou de l'enseignement secondaire spécial); 2° Les aspirants à l'Officiat doivent (Décret du 1er août 1883), à défaut d'un diplôme de bachelier, justifier du certificat d'études de l'enseignement secondaire spécial ou du certificat d'examen de grammaire, complété par un examen portant sur les éléments de Physique, de Chimie et d'Histoire naturelle, conformément au programme d'études de l'enseignement secondaire spécial. Toutefois, en ce qui concerne l'examen complémentaire du certificat de grammaire, il a été décidé (Circulaire ministérielle du 9 octobre 1883) que, durant une période de deux ans, qui prendra fin le 1er novembre 1885, des dispenses pourront être accordées sur l'avis motivé de la Faculté ou Ecole, aux étudiants qui ont subi l'examen de grammaire avant le 1er août 1883.

Art. 4. — L'étudiant est tenu de déclarer, en s'inscrivant, sa résidence réelle, et, s'il vient à en changer, de faire une nouvelle déclaration. Toute fausse déclaration de résidence peut être punie de la perte d'une ou deux inscriptions. Cette peine est prononcée, sans recours, par la Faculté ou Ecole.

Art. 6. — Tout étudiant convaincu d'avoir pris une inscription pour un autre, encourt la perte d'une à quatre inscriptions ; s'il a toutes ses inscriptions, il est ajourné, pour les épreuves qui lui restent à subir, pour un temps qui ne peut excéder une année. Est passible de la même peine, l'étudiant convaincu d'avoir fait prendre par une autre personne une inscription à son profit. La peine, dans ces différents cas, est prononcée sans recours par la Faculté ou Ecole à laquelle apartient l'étudiant.

Art. 23. — Le dossier de l'élève d'un établissement d'enseignement supérieur qui veut passer d'une Faculté ou Ecole dans une autre, en conservant le bénéfice des inscriptions qu'il a prises et des examens qu'il a subis, doit contenir : 1° Son acte de naissance; 2° Un certificat de scolarité, délivré par le Doyen ou Directeur et visé par le Recteur; ce certificat mentionne en particulier la situation scolaire : inscriptions, examens, notes, ajournement, stage, travaux pratiques, etc. Ce dossier est transmis d'une Faculté à une autre, par les soins du Recteur. En cas de refus du Doyen ou Directeur de délivrer le certificat, le Ministre statue après enquête.

Art. 27. — Tout étudiant qui, sans motif jugé valable par la Faculté ou Ecole, néglige pendant deux ans de prendre des inscriptions et de subir aucune épreuve, perd le bénéfice des inscriptions prises depuis la dernière épreuve subie avec succès. La décision est prononcée, sans appel, par la Faculté ou Ecole.

Les aspirants *officiers de santé* ne pourront, dans aucun cas, convertir en inscriptions de Doctorat, pendant la durée de leurs études, les inscriptions qu'ils auraient déjà prises. Aucune concession d'inscriptions de Doctorat, correspondant à un certain nombre d'inscriptions d'Officiat, ne sera accordée (Décret du 20 juin 1878 et arrêté du 20 juillet 1882).

Fin de l'ancien régime d'études médicales.

A partir du 1er novembre 1885, le nouveau régime d'études médicales établi par décret du 20 juin 1878 sera seul en vigueur.

Dispositions transitoires : La circulaire ministérielle suivante, adressée aux recteurs (26 avril 1884), indique : 1° Les principales catégories dans lesquelles pourront se trouver les élèves appartenant à l'ancien regime qui, au 1er novembre 1885, n'auront pas terminé leurs études ; 2° Les dispositions qu'il y aura lieu d'appliquer à ces élèves.

Monsieur le Recteur, le règlement d'administration publique en date du 20 juin 1878, relatif aux études de Doctorat en médecine, décide que, à partir du 1er novembre 1885, le régime établi par ce décret sera seul en vigueur. Il convient de déterminer quelle sera la situation des Etudiants appartenant à l'ancien régime qui, à cette époque, n'auront pas terminé leurs études. Le tableau ci-après indique les principales catégories dans lesquelles ces élèves peuvent être classés et les dispositions qu'il y aura lieu de leur appliquer :

I. Etudiants qui, ayant subi le premier examen de fin d'année, seront pourvus de quatre à huit inscriptions. — (Ces étudiants devront subir le premier examen probatoire avant de poursuivre leurs études).

II. Etudiants qui, ayant subi le 2e examen de fin d'année, seront pourvus de douze inscriptions, sans avoir subi le 3e examen de fin d'année. — (Ces Etudiants devront, suivant le nombre des inscriptions qu'ils possèdent, subir le 1er examen, ou le 1er examen et la 1re partie du 2e examen, avant d'être admis à continuer leur scolarité).

III. Etudiants pourvus de douze à seize inscriptions, et qui auront subi le 3e examen de fin d'année. — (Ces Etudiants seront autorisés à prendre régulièrement, aux époques trimestrielles réglementaires, les dernières inscriptions et à passer leurs examens après la seizième).

IV. Etudiants pourvus de seize inscriptions et n'ayant subi aucun examen probatoire. — (Ces Etudiants subiront tous les examens dans l'ordre prescrit par le décret du 20 juin 1878).

V. Etudiants pourvus de seize inscriptions et ayant subi avec succès un ou plusieurs examens probatoires d'après l'ancien régime. — (Ces Etudiants conserveront le bénéfice des examens subis avec succès, et, pour les autres, seront soumis au nouveau programme dans l'ordre indiqué par le décret du 20 juin 1878),

VI. Etudiants qui, en juillet 1885, auront été ajournés au 3e examen de fin d'année ou à un examen probatoire, ou, en général, qui seront sous le coup d'un échec à la fin de l'année scolaire 1884-1885. — (1° Les Etudiants ajournés au 3e examen de fin d'année en juillet 1885 ou qui seraient sous le coup d'un échec à cet examen, à la fin de l'année scolaire 1884-1885, auront la faculté de se présenter de nouveau au mois d'octobre 1885, c'est-à-dire avant le 1er novembre. — D'après le résultat de l'examen, ils seront rangés, soit dans la 2e, soit dans la 3e catégorie. Il n'y aura nul recours, même dans le cas de maladie ; 2° Les élèves ajournés à un examen probatoire au mois de juillet 1885, ou qui seraient sous le coup d'un échec à la fin de l'année 1884-1885, conserveront le bénéfice des examens subis avec succès, et seront assimilés aux étudiants de la 5e catégorie. Il n'y aura nul recours, même dans le cas de maladie).

Je vous prie de notifier ces dispositions à MM. les Doyens et Directeurs des Facultés ou Ecoles de votre ressort académique et de veiller à leur exécution.

1er trimestre de l'année scolaire 1885-86. — Inscriptions, consignations et travaux pratiques.

I. Inscriptions : Le registre d'inscription est ouvert depuis le jeudi 15 octobre. Il sera clos le samedi 21 novembre, à 3 heures. Les inscriptions seront délivrées dans l'ordre ci-après, de midi à 3 heures de l'après-midi : 1° Inscriptions de première et de deuxième années de doctorat et de première année d'officiat, les jeudi 15, vendredi 16, samedi 17, mercredi 21, jeudi 22, vendredi 23, samedi 24, mercredi 28, jeudi 29, vendredi 30 octobre, et les mercredi 4, jeudi 5, vendredi 6 novembre (La neuvième inscription de doctorat sera délivrée aux mêmes jours). 2° Inscriptions de troisième et quatrième années de doctorat, deuxième, troisième et quatrième années d'officiat, les jeudi 12, vendredi 13, mercredi 18, jeudi 19, vendredi 20 et samedi 21 novembre. MM. les Etudiants sont tenus de déposer, un jour à l'avance, leur feuille d'inscriptions chez le concierge de la Faculté ; il leur sera remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au Secrétariat pour prendre leurs inscriptions. Les numéros d'ordre pour les inscriptions de 3e et 4e années de doctorat et de 2e, 3e et 4e années d'officiat (soumises au stage) ne seront distribués qu'à partir du mardi 10 novembre 1885.

Avis spécial à MM. les internes et externes des hôpitaux. — MM. les étudiants, internes et externes des hôpitaux, devront joindre à leur feuille d'inscriptions un certificat de leur chef de service, indiquant qu'ils ont rempli avec exactitude leurs fonctions d'interne ou d'externe pendant le 4e trimestre 1884-85. — Ce certificat doit être visé par le directeur de l'établissement hospitalier auquel l'étudiant est attaché. — Ces formalités sont de rigueur. Les inscriptions seront refusées aux internes et externes des hôpitaux qui négligeraient de les remplir.

II. Consignations pour examens : Les bulletins de versement des droits de consignation pour tous les examens seront délivrés, à partir du 12 octobre, les lundi et les mardi de chaque semaine, de midi à 3 heures. En ce qui concerne le premier examen de doctorat (nouveau régime) et les examens de fin d'année, les bulletins de versement ne seront délivrés que le lundi 12 et le mardi 13 octobre, conformément à l'avis déjà donné au mois de juillet. Les consignations pour examens de fin d'année ne seront reçues que sur présentation d'une autorisation spéciale.

III. Travaux pratiques : Les travaux pratiques sont obligatoires ou facultatifs. Ils sont obligatoires pour tous les étudiants aspirant au doctorat ou à l'officiat. Ils sont facultatifs pour les étudiants ayant 16 inscriptions. Les droits afférents aux travaux pratiques obligatoires sont soldés en prenant l'inscription trimestrielle correspondante. Sont admis à prendre part aux travaux pratiques facultatifs, à la condition d'y être autorisés par M. le Doyen, sur leur demande écrite : 1° Les étudiants ayant 16 inscriptions ; 2° les docteurs français ; 3° les docteurs et étudiants étrangers à la Faculté. L'autorisation est valable pour la durée de l'année scolaire. Les droits sont de 40 fr., payables en une fois.

IV. Cartes d'étudiant : Les cartes d'étudiant, pour l'année scolaire 1885-86, seront délivrées au secrétariat de la Faculté, aux jours et heures indiqués pour les inscriptions et les consignations.

Ecole pratique.

Direction de M. Farabeuf, agrégé, chef des travaux anatomiques).

Semestre d'hiver. — Dissection. Les élèves de seconde année doivent, avant d'être admis à disséquer, subir l'examen préalable d'ostéologie Ils sont invités à se faire inscrire dans le plus bref délai à l'Ecole pratique, 15, rue de l'Ecole- de-Médecine, au bureau du chef du matériel, de midi à 4 heures. Les démonstrations d'ostéologie ont commencé le lundi 19 octobre.

Les pavillons de dissection sont ouverts à partir du mercredi 4 novembre, tous les jours, de midi à 4 heures. Les prosecteurs, chefs de pavillon et les aides d'anatomie dirigent et surveillent les travaux des élèves. Ils font une démonstration quotidienne dans chaque pavillon. — A. Les étudiants de 1re année ne prennent pas part aux travaux anatomiques. B. Les exercices de dissection sont obligatoires, pour tous les étudiants de 2e et de 3e année: les inscriptions ne leur sont point accordées sans certificat de dissection, et ils ne peuvent être admis à subir le deuxième examen de doctorat (anatomie) s'ils n'ont disséqué 2 semestres d'hiver complets. C. Pour les autres étudiants et les docteurs les exercices de dissection sont facultatifs. S'ils désirent y prendre part ils devront se munir d'une autorisation du doyen.

La mise en séries sera faite dans l'ordre suivant : 1° Elèves obligés, 2e et 3e année (suivant la date de leur inscription à l'Ecole pratique); 2° Elèves non obligés et docteurs.

Nota. — Nul ne peut être admis à l'Ecole pratique d'Anatomie s'il ne s'est fait préalablement inscrire au bureau du chef de matériel et n'a reçu une carte d'entrée. Ce bureau, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine, sera ouvert tous les jours, de midi à 4 heures, jusqu'au 14 novembre. Pour recevoir une carte d'entrée, chaque étudiant devra présenter: 1° Sa feuille d'inscription mise à jour, par le secrétariat de la faculté ; 2° La quittance constatant le paiement des droits. Passé le 14 novembre, nul ne pourra être admis à l'école pratique d'anatomie sans une décision spéciale.

Semestre d'été. — Médecine opératoire : A partir du 16 mars, six cours successifs suivis d'exercices pratiques. — *Manœuvres obstétricales* en mai et juin.

Liste des prix de la Faculté de Médecine.

Prix Corvisart. — Tous les élèves de la Faculté inscrits à l'une des cliniques internes, sont admis à concourir pour ce prix, qui consiste en une médaille en or de 400 fr. Une question de médecine pratique est, *au commencement de chaque année,* proposée par les professeurs aux élèves des cliniques internes. Les élèves doivent en chercher la solution exclusivement dans les faits observés par eux dans les salles de clinique interne. Pour être admis à concourir, on se fait inscrire au commencement de chaque année, dans l'une des cliniques internes.

Avant le 1er juillet de chaque année, chacun des concurrents remet au secrétariat de la Faculté : 1° les observations recueillies dans le service de clinique auquel il est attaché; 2° la réponse à la question proposée. — Les mémoires doivent être déposés sans désignation du nom de l'auteur, mais avec une épigraphe pour le faire connaître. Un jury est chargé de présenter un rapport sur ces travaux et de soumettre à la sanction de la Faculté les noms des concurrents jugés dignes d'obtenir le prix.

Prix Montyon. — Le prix Montyon, qui consiste en une somme de 700 fr. payable en espèces, est accordé à l'auteur du meilleur ouvrage sur les maladies prédominantes dans l'année précédente, sur les caractères et les symptômes de ces maladies, et sur les moyens de les guérir. Ce prix peut être partagé entre deux candidats. Les mémoires des candidats doivent être déposés au Secrétariat de la Faculté avant le 1er juillet, sans désignation du nom de l'auteur, mais avec une épigraphe pour le faire connaître.

Prix Barbier. — D'après les dispositions de M. le baron Barbier, la Faculté de médecine décerne tous les ans un prix de 2,000 fr. à la personne qui a inventé une opération, des instruments, des bandages, des appareils et autres moyens mécaniques reconnus d'une utilité générale et supérieure à tout ce qui a été employé et imaginé précédemment. Les travaux et les objets présentés doivent être déposés au Secrétariat de la Faculté avant le 1er juillet.

Prix Chateauvillard. — Ce prix, dû aux libéralités de Mme la comtesse de Châteauvillard, née Sabatier, et de la valeur de 2,000 francs, est décerné chaque année, par la Faculté de médecine de Paris, au meilleur travail sur les sciences médicales, imprimé du 1er janvier au 31 décembre de l'année précédente. Les ouvrages destinés à ce concours doivent être écrits en français (les thèses et dissertations inaugurales sont admises au concours). — Ils sont reçus au Secrétariat de la Faculté, du 1er au 30 janvier de l'année qui suit leur publication.

Legs du baron de Trémont. — M. Joseph Girold de Vienney, baron de Trémont, ancien préfet, a légué à la Faculté de médecine de Paris, par un testament en date du 5 mai 1847, une somme annuelle de 1,000 francs, en faveur d'un étudiant distingué et sans fortune. Par décret du 8 septembre 1858, M. le Doyen a été autorisé à accepter ce legs, au nom de la Faculté. Les candidats qui voudront s'inscrire recevront, au Secrétariat de la Faculté, les renseignements sur la nature des pièces à fournir. Ces pièces sont reçues jusqu'au 1er juillet.

Prix Lacaze. — Aux termes du testament de M. le Dr Lacaze, un prix d'une valeur de 10,000 francs est accordé, *tous les deux ans,* au meilleur ouvrage sur la *phthisie* et sur la *fièvre typhoïde,* et ainsi de suite alternativement et à perpétuité. Les mémoires des concurrents doivent être remis au Secrétariat de la Faculté avant le 1er juillet. Le prix Lacaze sera décerné, en 1886, au meilleur ouvrage sur la *fièvre typhoïde.*

Legs Barkow. — Mme de Barkow, née Guilbert, par un testament en date du 2 juillet 1828, a fait à l'Université un legs universel pour être employé à aider des jeunes gens pauvres à faire de bonnes études et à s'ouvrir par ce moyen une carrière honorable. Le revenu actuel est de 1,000 fr. ; il est affecté à l'entretien des bourses dans les établissements d'enseignement supérieur de Paris.

Thèses récompensées. — La Faculté, après examen des thèses qui ont été soutenues devant elle dans le cours de l'année scolaire écoulée, en désigne un certain nombre qui lui paraissent dignes d'obtenir des récompenses. Ces récompenses sont partagées en trois classes, savoir : 1re *classe* : Médailles d'argent ; 2e *classe* : Médailles de bronze ; 3e *classe* : Mentions honorables.

Bourses d'études dans les facultés.—Un arrêté en date du 15 novembre 1877, rendu en exécution de la loi de finances du 29 novembre 1876, institue des *bourses d'étude* dans les Facultés. Les étudiants qui veulent obtenir ces bourses doivent s'inscrire au secrétariat de l'Académie dans laquelle ils résident. Ils doivent être Français et âgés de 18 ans au moins. Ils désignent, en s'inscrivant, la Faculté à laquelle ils désirent être attachés, en joignant à cette déclaration les pièces suivantes : 1° leur acte de naissance ; 2° leurs diplômes dans les sciences et dans les lettres ; 3° une note revêtue de leur signature et indiquant la profession de leur père, la demeure de leur famille, l'établissement ou les établissements dans lesquels ils ont fait leurs études, le lieu ou les lieux qu'ils ont habités depuis la sortie de ces établissements ; 4° un certificat du chef ou des chefs desdits établissements contenant, avec une appréciation du caractère, et de l'aptitude du candidat, l'indication des succès qu'il a obtenus dans les cours de ces classes et des renseignements sur la situation de fortune de ses parents. La note *bien satisfait* pour le dernier examen est exigée.

Les bourses sont données au concours. Les concours ont lieu chaque année, au siège de la Faculté, vers la fin de juillet. Les sujets de concours sont déterminés chaque année par le Ministre de l'instruction publique sur la proposition des Facultés. Les bourses sont conférées par le Ministre pour un an. Les boursiers qui aspirent à la conservation de leurs bourses sont tenus de recommencer ce concours chaque année. Le montant de la bourse est de 1,200 francs, payables d'avance, sur états émargés par les ayants droit. Le titre de boursier ne peut être cumulé avec un emploi rétribué.

Bourses de voyage. — Tous les ans, le Conseil municipal de Paris met à la disposition de l'*Ecole des hautes études,* à laquelle se rattachent quelques-uns des laboratoires de la Faculté de médecine, des bourses de voyages.

Bibliothéque. — Musées. — Renseignements divers.

Jardin botanique et laboratoire d'histoire naturelle. — Directeur : M. le professeur Baillon ;—Préparateur des cours : M. Mussat ; — Préparateur du laboratoire : M. Faguet. — *Le Jardin botanique,* situé rue Cuvier, n° 12, est ouvert du 15 mars au 1er novembre, sauf les dimanches et les jours fériés, de 6 heures du matin à 6 heures du soir.

Musées. — 1° *Musée Orfila* à l'Ecole de médecine, consacré à l'anatomie normale et à la zoologie. Il est ouvert de 10 heures du matin à 4 heures en hiver et 5 heures en été. *Conservateur délégué* : M. Cadiat. Nous apprenons que la Faculté est décidée à donner à ce musée une importance que, depuis longtemps, il avait perdue. On y a installé un droguier à peu près complet, et il est d'une grande utilité pour les étudiants de première année de venir le consulter.

2° *Musée Dupuytren,* à l'École pratique, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine. *Conservateur délégué* : M. Gombault. Ce musée, consacré à l'anatomie pathologique, est ouvert tous les jours, de 11 heures à 4 heures en hiver et de 11 heures à 5 heures en été.

L'installation matérielle de ce musée est défectueuse et la place insuffisante. Les nouvelles constructions de l'Ecole pratique, espérons-le, nous donneront un local vaste, suffisamment aéré, où la lumière

**

pénétrera largement. La richesse des pièces pathologiques qu'on peut recueillir à Paris est telle, qu'on pourrait faire de ce musée un des plus grands du monde. Quels fruits les élèves, le livre à la main, en retireraient pour l'étude de tous les types pathologiques! Pour apprendre, il faut voir et comprendre et quelque assidu qu'on soit aux autopsies dans les Cliniques, on ne peut tout voir. Les résultats obtenus par nos rivaux étrangers nous montrent la nécessité d'apporter promptement des réformes considérables dans l'aménagement intérieur et dans la disposition du Musée Dupuytren.

Bibliothèque. — La bibliothèque de la Faculté de médecine est ouverte de 11 heures du matin à 5 heures du soir, et de 7 heures 1/2 à 10 heures du soir. Il serait vivement à désirer que la bibliothèque restât ouverte jusqu'à 6 heures du soir, car, le temps qui s'écoule entre l'heure actuelle de la fermeture (5 heures) et celle du dîner, est à peu près perdue pour les étudiants. Depuis deux ans, grâce à notre insistance, les ouvrages récents et les journaux de médecine sont mis à la disposition des étudiants aussitôt après leur apparition. — *Bibliothécaire* : M. Hahn ; — *Bibliothécaires-adjoints* : MM. Corlieu et Petit ; — *Sous-Bibliothécaires* : MM. Thomas et Gouault.

En attendant la nouvelle construction de ses nouveaux bâtiments, qui marche avec une trop grande lenteur, la Faculté a utilisé les maisons expropriées, rue de l'Ecole-de-Médecine, jusques et y compris l'ancien café de la Rotonde, et y a installé provisoirement : au rez-de-chaussée, un vaste laboratoire de chimie; au 1er étage, des salles d'examen, ce qui rend libre le musée Orfila. De plus, on a installé dans l'ancienne maison Chardon, rue Hautefeuille, au rez-de-chaussée, le laboratoire de thérapeutique ; au 1er, le laboratoire de pathologie expérimentale, et le cabinet de physique ; enfin, le 2e étage sert de dépôt à une immense quantité de livres autrefois entassés dans des greniers.

Avis a mm. les étudiants.—Le *Doyen* reçoit MM. les Étudiants dans son cabinet (au 1er étage) les samedis à 3 heures, et le *Secrétaire* les mardis, jeudis et samedis, de midi à une heure et de 2 heures à 3 heures.

Laboratoires.

Laboratoires de la Faculté.—*Anatomie* : professeur, M. Sappey. — *Médecine opératoire* : professeur, M. Duplay ; préparateur, M. Assaky. — *Pathologie expérimentale et comparée* : professeur, M. Vulpian ; chef du laboratoire, M. Bochefontaine ; préparateur, M. Pinet. — *Thérapeutique* : professeur, M. Hayem ; chef du laboratoire, M. Roussy; préparateur, M. Winter. — *Pharmacologie* : professeur, M. Regnault ; chef de laboratoire, M. Villejean ; préparateur, M. Héret.— *Physique* : prof., M. Gavarret ; préparateur, M. Weiss. — *Chimie* : prof., M. A. Gautier ; chef des travaux, M. Bémont ; préparateurs, MM. Fauconnier et Chabrié. — *Médecine légale pratique*: prof., M. Brouardel ; chef des travaux, M. Descoust ; chef des travaux chimiques, M. Ogier; chef des travaux anatomo-pathologiques, M. Vibert ; préparateur, M. Loye.— *Botanique* : professeur, M. Baillon; préparateur, M. Mussat.— *Tératologie* : directeur, M. Dareste. — *Pathologie générale* : professeur, M. Bouchard; chef de laboratoire, M. Charrin ; préparateur, M. Roger.

D'une façon générale, ces laboratoires, à cause de l'exiguité des emplacements et de la parcimonie des distributeurs du Budget, ne peuvent rendre les services qu'on aurait le droit de réclamer de semblables institutions. On est obligé d'en restreindre l'usage aux médecins et aux étudiants qui font des recherches dans un but déterminé, par exemple pour leurs thèses ; ils ne sont admis qu'avec le consentement du professeur-directeur du laboratoire. On n'exige d'eux aucune rétribution ; les préparateurs les aident de leurs conseils ; les appareils sont mis à leur disposition, mais ils sont obligés généralement de payer les animaux et les objets dont ils ont besoin, toujours en raison de l'insuffisance des ressources pécuniaires des laboratoires. — Il y a encore le laboratoire de chimie de la Faculté où les élèves sont admis gratuitement, mais ils doivent payer les dépenses nécessitées par leurs études.

Laboratoire de l'Hôtel-Dieu. — Ce laboratoire, annexé aux cliniques médicale et chirurgicale de la Faculté, a été ouvert le 1er janvier 1878. Les élèves y sont exercés à l'étude pratique de l'anatomie pathologique, de la physiologie pathologique et de la chimie organique élémentaires, sous la direction de MM. Bochefontaine, directeur intérimaire du laboratoire ; E. Hardy, chef adjoint des travaux chimiques ; aides, MM. Rémy (Albert) et Calmels. Ce laboratoire, réorganisé par les professeurs Sée et Richet, paraît ne rien laisser à désirer, au point de vue de l'installation, grâce au concours bienveillant de l'Administration hospitalière. — Chef de clinique médicale, M. Capitan.

Laboratoire de la clinique d'accouchements.—Chef de clinique, M. N... ; Chef du laboratoire : M. Galippe ; préparateur, M. Auvard. — Chef de clinique adjoint, M. Stapfer.

Laboratoire de clinique chirurgicale de la Pitié : Chef de clinique : M. Verchère; chef du laboratoire, M. Nepveu.— *Laboratoire de clinique médicale* : Chef de clinique, M. Netter ; chefs du laboratoire, MM. Berlioz et Bourcy.

Laboratoire de clinique médicale de la Charité. — Chef de laboratoire : M. Rémy ; préparateur de chimie, M. Duffourc; aide de laboratoire, M. Malherbe ; chef de clinique, M. Siredey. — *Laboratoire de clinique chirurgicale de la Charité* : Chef de laboratoire, M. Latteux ; aide de laboratoire, M. Dubar; chef de clinique, M. Marchant.

Laboratoire de clinique médicale de Necker. — Chefs de laboratoire : MM. Esbach et Suchard. — Chef de clinique, M. Petit. — *Laboratoire de clinique chirurgicale* : Préparateur, M. de Gennes; aide préparateur, M. Auchambaut.— Chef de clinique, M. Ménard.

Laboratoire de clinique des maladies nerveuses de la Salpêtrière. — Professeur : M. Charcot, — Chef de clinique : M. Babinski.—Chef du laboratoire : M. P. Richer. — Chef des travaux anatomiques : M. Ch. Féré. — *Ophthalmologie* : M. Parinaud. — *Electrothérapie*, M. Vigouroux. — *Travaux chimiques et photographie* : M. Londe. — *Moulages* : M. Hurel. — *Laboratoire de clinique des maladies des enfants* : Chef du laboratoire, M. Martin. — Préparateur, M. Féry. — Chef de clinique, M. Variot.

Laboratoire de clinique ophthalmologique. — Chef adjoint de laboratoire, M. Vassaux. — Chef de clinique, M. de Delapersonne.

Laboratoire de clinique des maladies mentales.— Chef de laboratoire, M. Bellangé; aide, M. Boyé. — Chef de clinique, M. Gilson.— *Laboratoire de clinique des maladies cutanées et syphilitiques*.— Chef de laboratoire, M. Balzer ; préparateur, M. Pouchet ; chef de clinique, M. Bruchet.

Avis divers.

1° *Versement des droits afférents aux études médicales*. — Les étudiants ou leurs familles ont la faculté d'effectuer le versement des droits afférents aux études médicales à la caisse du receveur des droits universitaires (55, rue Saint-Jacques, à Paris) ou, dans les départements, aux caisses des trésoriers généraux et des receveurs des finances. Ce versement a lieu sur la production d'un bulletin de versement délivré par le secrétaire de la Faculté (art. 1 et 4 du décret du 25 juillet 1882). Dans le cas où le versement se fait en province, il en est délivré un récépissé à talon qui doit être adressé immédiatement au secrétaire de la Faculté.

2° *Bulletins de versement pour inscriptions et consignations. — Jours et heures auxquels ils sont délivrés*. — Les bulletins de versement des droits de travaux pratiques et de bibliothèque correspondants aux inscriptions trimestrielles sont délivrés aux dates et jours indiqués par des affiches spéciales. Les bulletins de versement des droits de consignation pour les examens sont délivrés les lundi et mardi de chaque semaine, de midi à trois heures. (Les limites des consignations pour les examens sont portées à la connaissance de MM. les étudiants, par voie d'affiche spéciale, au commencement du deuxième trimestre de l'année scolaire.) En ce qui concerne le premier examen de doctorat et les examens de fin d'année (officiat), les dates et jours de consignation sont indiqués par les affiches relatives au quatrième trimestre de l'année scolaire.

3° *Annulation des bulletins de versement*. — Sont annulés les bulletins de versements dont le montant n'a pas été versé deux jours après la date qu'ils portent. Un délai de huit jours est accordé pour les versements à faire en province. Dans ce dernier cas, déclaration expresse doit être faite au registre sur lequel l'étudiant s'inscrit. Les bulletins de versement annulés ne sont renouvelés que sur demande écrite et après autorisation du doyen.

4° *Remboursement des consignations pour examens. — Motifs de la restitution des droits consignés*. — Le remboursement des consignations (intégral ou partiel) a lieu à la caisse du receveur des droits universitaires, ou aux caisses des trésoriers généraux et des receveurs des finances sur la production, par l'ayant droit : 1° De la quittance à souche ou du récépissé à talon justificatif du versement; 2° d'un ordre de remboursement délivré par le secrétaire de la Faculté, énonçant les motifs de la restitution des droits consignés (art. 8 du décret du 25 juillet 1882, et circulaire du ministre des finances en date du 29 septembre 1882). Les ordres de remboursement sont délivrés tous les jours, au Secrétariat, de midi à 3 heures. Le remboursement des consignations est partiel ou intégral. Il est partiel dans le cas d'ajournement ou d'absence à un examen; il est intégral dans diverses circonstances (renonciation aux études, maladie, etc.) Les absences aux examens pour cause de maladie peuvent être excusées sur présentation d'un certificat médical délivré par un professeur ou agrégé de la Faculté, ou bien par un médecin ou chirurgien des hôpitaux. Le certificat médical doit être produit soit avant les examens, soit dans les 48 heures qui suivent. Les absences aux examens pour tout autre motif sont appréciées par le doyen, par la commission scolaire, ou par les jurys des examens.

5° *Mise en séries des candidats aux examens*. — Les candidats inscrits pour subir leurs examens sont placés en série d'après l'ordre de leur inscription à la Faculté. Dans le cas de consignation des droits d'un examen par la famille, l'étudiant n'est appelé à subir cet examen que sur sa déclaration écrite et consignée sur le registre

ouvert à cet effet au Secrétariat de la Faculté. La mise en séries des candidats aux examens a lieu quinze jours au moins et trois semaines au plus après le jour de leur inscription à la Faculté, à moins que le nombre des candidats ne soit trop considérable. Ce laps de temps est indispensable pour rédiger la feuille des actes, soumettre cette feuille à la commission scolaire, la faire tirer, et enfin, pour expédier les convocations.

6° *Thèses de doctorat.* — *Mise en séries.* — MM. les élèves qui désirent soutenir leur thèse sont priés d'accomplir au préalable les formalités suivantes :

1° Dépôt, au Secrétariat de la Faculté, du manuscrit de la thèse, revêtu de la signature du président choisi par le candidat. Ce dépôt a pour but : *a)* De s'assurer si toutes les formalités ont été accomplies dans la rédaction de la thèse; *b)* de soumettre le manuscrit au visa de M. le recteur, qui donne le permis d'imprimer. (Cette dernière formalité a lieu dans les 24 heures.)

2° Remise, au Secrétariat de la Faculté, de l'engagement de l'imprimeur chargé de l'impression de la thèse. Cet engagement doit contenir : *a)* Le nom du candidat de la thèse; *b)* la date à laquelle l'imprimeur s'engage à livrer les exemplaires imprimés. — Le candidat complétera cet engagement par une note signée par lui et renfermant : *a)* Le nom du président de la thèse; *b)* l'indication du sujet de la thèse; *c)* le numéro de la quittance à souche constatant le versement du droit de consignation. — L'engagement de l'imprimeur doit être remis au plus tard le vendredi qui suit la consignation. La mise en séries a lieu dans les 15 jours ou trois semaines qui suivent, mais toujours 5 jours au moins après la date à laquelle l'imprimeur s'engage à livrer les 163 exemplaires imprimés.

3° Avant le tirage définitif de la thèse, envoi, au secrétaire de la Faculté, du premier feuillet imprimé, destiné à recevoir, au recto, le titre de la thèse, les nom, prénoms, date et lieu de naissance du candidat, et, au verso, la liste des professeurs agrégés en exercice. — Ce feuillet serait immédiatement renvoyé à l'imprimeur, s'il y avait lieu de le compléter ou de le modifier.

4° Quatre jours avant la soutenance, dépôt de 163 exemplaires de la thèse, à la Faculté, de 2 heures à 4 heures de l'après-midi. MM. les candidats qui n'auraient pas rempli les conditions énoncées dans les art. 1 et 2 ne seront point placés au tableau des actes. Ceux qui, après avoir été placés au tableau des actes, ne rempliraient pas les conditions énoncées aux art. 3 et 4, seront considérés comme absents sans excuse, et perdront par suite la somme de 100 francs, montant des droits d'examen.

7° *Consignations pour examens de sage-femme.*— En consignant, les aspirantes au diplôme de sage-femme de 1re classe sont tenues de produire les pièces ci-après :

I. Elèves de la Clinique d'accouchements de la Faculté : 1° certificat d'assiduité aux cours; 2° certificat de stage à la Clinique.

II. Elèves des Maternités et Ecoles d'accouchements : 1° acte de naissance; 2° acte de mariage, s'il y a lieu; 3° consentement du mari, du père ou tuteur, selon le cas; 4° certificat de bonnes vie et mœurs; 5° certificat de réception à l'examen primaire établi par l'arrêté du 1er août 1879; 6° certificat d'assiduité aux cours; 7° certificat de stage à la Maternité.

III. Sages-femmes possédant un diplome de 2e classe : Aux pièces énumérées à l'art. II ci-dessus, elles devront ajouter le certificat d'aptitude de 2e classe.

8° *Cartes d'étudiant, Cartes d'admission aux conférences de médecine légale et à la clinique d'accouchements.*— 1 Les Cartes d'étudiant sont délivrées gratuitement au Secrétariat de la Faculté, au commencement de l'année scolaire, aux jours et heures indiqués pour les inscriptions et les consignations, en échange de la carte afférente à l'année précédente; 2° Les cartes d'étudiant bénévole sont délivrées tous les jours, de midi à 3 heures, sur la production de pièces (diplômes, passeports, etc.) destinées à établir l'identité du demandeur; 3° Les cartes d'admission aux conférences de médecine légale sont délivrées aux jours et heures et dans les conditions indiquées aux affiches spéciales; 4° Les cartes d'admission à la clinique d'accouchements sont délivrées, de midi à 3 heures, aux étudiants justifiant, au moins, de la 13e inscription. (En cas de perte de ces cartes, le titulaire en fait la déclaration écrite au Doyen ou au Secrétaire de la Faculté, pour obtenir un duplicata, s'il y a lieu.)

9° *Domicile de l'étudiant et de sa famille.* — L'étudiant est tenu de déclarer, en s'inscrivant à la Faculté, sa résidence, celle de sa famille ou de son tuteur, et, s'il survient un changement dans le domicile de l'un ou de l'autre, de faire une nouvelle déclaration. Toute fausse déclaration peut être punie de la perte d'une ou de plusieurs inscriptions; — si l'étudiant a toutes ses inscriptions, il pourra être ajourné pour les épreuves qui lui restent à subir, pour un temps qui ne peut excéder une année. Cette peine est prononcée, sans recours, par la Faculté.

Cours.

Clinique des maladies du système nerveux (hospice de la Salpêtrière). — M. le professeur Charcot a commencé ses leçons du mardi (consultation externe), le mardi 3 novembre 1885, à 9 heures et demie du matin (hospice de la Salpêtrière), et commencera ses leçons du lundi, à l'Amphithéâtre, le lundi 16 novembre.

Clinique médicale (Hôpital Necker). — M. le professeur Potain commencera ses leçons cliniques le lundi 9 novembre, à 10 heures, et les continuera les vendredis et lundis suivants à la même heure. Visite des malades tous les jours à 8 heures et demie du matin. — M. le Dr André Petit, chef de clinique, fera le mardi, à 10 heures, une conférence de *Séméiologie clinique.* — M. le Dr Esbach, chef de Laboratoire, fera le mercredi, à 10 heures, une conférence de *Chimie pathologique.* — M. le Dr Suchard, chef de Laboratoire, fera les *Nécropsies* en présence des élèves.

Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu. — M. le professeur G. Sée commencera le cours de Clinique le lundi 9 novembre 1885, à 9 h. 1/4, et le continuera tous les lundis et vendredis. Le lundi sera consacré à la thérapeutique clinique et le mercredi au diagnostic. Visite des malades tous les jours, à 8 h. 1/2 du matin.

M. le professeur Cornil fera tous les vendredis, à 9 h. 1/2 du matin, un cours pratique d'anatomie pathologique. Le premier cours aura lieu le 13 novembre. Autopsies par M. le professeur Cornil, les vendredis, à 10 h. 1/2, et les autres jours à 10 heures. Les élèves de 4e année, qui se feront inscrire à la Clinique de l'Hôtel-Dieu, seront exercés pratiquement aux autopsies. — M. Bochefontaine, chef du laboratoire, fera tous les jeudis, à 9 h. 1/2, des expériences de physiologie.

Clinique chirurgicale. — M. le professeur Verneuil (hôpital de la Pitié), commencera le cours de clinique chirurgicale le mardi 2 novembre 1885.

Clinique d'accouchement et de gynécologie — M. le professeur Pajot a commencé son cours le mardi 3 novembre 1885, à l'hôpital de la clinique. Mardis et samedis, leçons à l'Amphithéâtre; jeudis, au lit des malades. Lundis, mercredis, vendredis : Examen des femmes enceintes. Visite tous les jours à 8 heures et demie.

Clinique chirurgicale (hôpital de la Charité). — M. le professeur Trélat commencera le cours de clinique chirurgicale le mercredi 11 novembre 1885, à 10 heures. Les mercredis et vendredis, leçons à l'Amphithéâtre et opérations, à 10 heures. — Le lundi, maladies des femmes et étude de pièces au laboratoire. Les mardis, jeudis et samedis, visite des malades à 9 heures.

Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu). — M. le prof. Panas commencera le cours de clinique ophtalmologique, le vendredi 9 nov. 1885, à 9 h. du matin, et le continuera les lundis et vendredis suivants à la même heure. Cours et opérations à 9 heures. — Exercices ophtalmoscopiques tous les mercredis.

Clinique des maladies mentales. — M. le professeur Ball commencera le cours de Clinique des maladies mentales, le dimanche 8 novembre 1885, à 10 heures du matin, et le continuera les jeudis et dimanches suivants à la même heure.

Cours d'anatomie. — M. le professeur Sappey commencera le cours d'anatomie, le lundi 15 novembre 1885, à 5 heures, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants.

Cours de pathologie chirurgicale. — M. le professeur Lannelongue commencera le cours de pathologie chirurgicale, le mercredi 11 novembre 1885, à 3 heures (Grand Amphithéâtre), et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Cours de médecine légale pratique et conférences pratiques appliquées à la toxicologie. —Professeur : M. Brouardel : I. *Cours de médecine légale pratique à la Morgue* : Le cours de médecine légale pratique a commencé à la Morgue, le mercredi 4 novembre 1885, à deux heures de l'après-midi, et se continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

Ordre du cours. — Les mercredis : M. le professeur Brouardel; les vendredis : M. le Dr Descoust, chef du laboratoire de médecine légale; les lundis : M. le Dr Vibert, chef du laboratoire d'anatomie pathologique.

II. *Conférences pratiques de physiologie, d'anatomie pathologique et de chimie, appliquées à la toxicologie.*—Les conférences pratiques de physiologie, d'anatomie pathologique, et de chimie, appliquées à la toxicologie seront faites au laboratoire de toxicologie (caserne de la Cité, 2, quai du Marché-Neuf). Ces conférences auront lieu dans l'ordre suivant, à dater du 11 novembre 1885, les mardis, jeudis et samedis, à 3 heures de l'après-midi.

Ordre du cours. — Les jeudis : M. le Dr Descoust, chef du laboratoire de médecine légale; les mardis : M. le Dr Vibert, chef du laboratoire d'anatomie pathologique; les samedis : M. Ogier, docteur ès sciences, chef du laboratoire de chimie.

III. *Conditions d'admission au cours de médecine légale pratique et aux conférences.* — Seront seuls admis à suivre le cours de médecine légale pratique et les conférences, sur la présentation

d'une carte spéciale qui leur sera délivrée, après s'être fait inscrire au secrétariat de la Faculté : 1° MM. les docteurs en médecine ; 2° MM. les étudiants ayant subi le 3° examen de doctorat.

Le laboratoire de chimie (caserne de la Cité, 2, quai du Marché-Neuf), sera également ouvert aux élèves qui désireraient entreprendre des recherches personnelles sur des sujets de chimie toxicologique.

Cours de pathologie médicale. — M. le professeur PETER commencera le cours de pathologie médicale le samedi 7 novembre 1885, à 3 heures de l'après-midi (Grand Amphithéâtre), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure.

Cours d'anatomie pathologique. — M. le professeur CORNIL commencera le cours d'anatomie pathologique, le lundi 9 novembre 1885, à 5 heures de l'après-midi, à la Faculté (Petit amphithéâtre) et le continuera les vendredis à 1 h. 1/2 (Ecole pratique), les lundis et mercredis suivants à la Faculté (Petit Amphithéâtre), à 5 heures. — M. le professeur Cornil fera des autopsies tous les jours (Amphithéâtre Bichat, à l'Hôtel-Dieu). Consulter à ce sujet l'affiche concernant la Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.

Cours d'histologie. — M. le professeur N..., commencera le cours d'histologie, le jeudi 5 novembre 1885, à 5 heures de l'après-midi (Grand Amphithéâtre), et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants à la même heure. Il traitera des éléments anatomiques et des humeurs (1re partie du programme imprimé.)

Cours de physique médicale. — Professeur: M. GAVARRET. — M. GARIEL, agrégé, suppléant, commencera le cours de physique médicale le lundi 9 novembre 1885, à midi (Petit Amphithéâtre), et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants à la même heure. Sujet du cours: Quelques applications des notions élémentaires de mécanique. — Acoustique. — Chaleur. — Optique.

Cours auxiliaire de physiologie. — M. le Dr REYNIER, agrégé, commencera le cours auxiliaire de physiologie le mercredi 4 novembre 1885, à 5 heures (Grand Amphithéâtre), et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants à la même heure.

Cours auxiliaire de pathologie interne. - M. HALLOPEAU, agrégé, commencera le cours auxiliaire de pathologie interne, le vendredi 6 novembre 1885, à 5 heures de l'après-midi (Amphithéâtre Laënnec), et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants à la même heure.

Cours complémentaire d'histoire naturelle médicale. — M. Raphaël BLANCHARD, agrégé, commencera le cours complémentaire d'histoire naturelle médicale, le mardi 10 novembre 1885, à 2 heures (Grand Amphithéâtre), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure.

Cours auxiliaire de pathologie externe. — M. TERRILLON, agrégé, commencera le cours auxiliaire de pathologie externe, le samedi 7 novembre 1885, à 5 heures (Amphithéâtre Laënnec) et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure.

Cours auxiliaire d'accouchements. — M. PINARD, agrégé, commencera le cours auxiliaire d'accouchements, le mardi 10 novembre 1885, à cinq heures de l'après-midi (Petit Amphithéâtre) et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure.

HOPITAUX

L'ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE est située avenue Victoria, n° 3 et quai de Gesvres, n° 4. — Directeur M. PEYRON. — Secrétaire général, M. BRELET. — Chef du bureau du personnel et du service de santé, M. GROU.

NOUVEL-HÔTEL-DIEU, Parvis Notre-Dame : 559 lits. — *Médecins* : M. G. SÉE, salles Saint-Christophe, Sainte-Jeanne et Saint-Joseph. Visite à 8 h. 1/2 ; consultations le mardi. — M. EMPIS. Visite à 7 h. 1/2, salles Saint-Charles et Sainte-Madeleine ; consultations le lundi. — M. MOUTARD-MARTIN. Visite à 9 h. Salles Saint-Augustin et Sainte-Monique ; consultations le mercredi. — M. GALLARD. Visite à 9 h. 1/2. Salles St-Louis et Sainte-Marie ; consultations le jeudi. — M. VULPIAN. Visite à 9 heures. Salles Saint-Denis et Sainte-Martine ; consultations le vendredi. — M. BUCQUOY. Visite à 8 h. Salles Saint-Thomas et Sainte-Anne ; consultations le samedi.

Chirurgiens : M. RICHET. Consultation les lundis, mercredis et vendredis. Salles Saint-Jean, Saint-Landry et Notre-Dame. — M. TILLAUX. Visite à 8 1/2 ; consultations les mardis, jeudis et samedis, salles Sainte-Marthe et Saint-Côme. — M. PANAS. Visite à 9 h. Salles Saint-Julien et Sainte-Agnès (Maladies des yeux). Consultation tous les jours.

Cliniques de la Faculté. — MM. G. SÉE, RICHET et PANAS, professeurs. M. G. SÉE les lundis, mercredis et vendredis. M. RICHET les mardis, jeudis et samedis. — Chef de clinique chirurgicale, M. PICQUÉ. — Chef de clinique médicale, M. CAPITAN. — Chef des laboratoires, M. BOCHEFONTAINE. — Chef des travaux chimiques, M. HARDY. Il existe à l'Hotel-Dieu un laboratoire d'histologie, un laboratoire de chimie et de physiologie. Un local considérable a été attribué à ces laboratoires, qui sont installés d'une manière satisfaisante. Il y a, de plus, à l'Hôtel-Dieu, cinq grands amphithéâtres et cinq salles de conférences, où les chefs de services et les fonctionnaires des laboratoires peuvent faire des leçons théoriques et pratiques, qui seront annoncées par des affiches spéciales. — Clinique des maladies des yeux, M. PANAS. — Chef de clinique ophthalmologique, M. DE LAPERSONNE. Les élèves sont exercés au maniement de l'ophthalmoscope. Leçons cliniques les lundis et vendredis. Examen ophthalmologique tous les mercredis. Un cabinet de physique, annexé à ce service, permet d'initier les élèves aux difficultés de la réfraction.

Bibliothèque. — La bibliothèque des internes, fondée depuis 6 ans, compte aujourd'hui plus de 1500 volumes reliés ; une somme de 2.000 fr. lui a été attribuée par le Conseil municipal, en 1877 ; 500 fr. chaque année depuis 1878, jusqu'à cette année.

CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS ET DE GYNÉCOLOGIE, rue d'Assas, 89 : 130 lits (dont 11 de gynécologie) et 53 berceaux. *Accouchements* : M. PAJOT ; Chef de clinique, M. N..., chef de clinique adjoint, M. STAPFER. — Leçons : mardi, jeudi et samedi. Les étudiants peuvent entrer munis d'une carte spéciale qui leur est délivrée par le professeur, ou la Faculté. Cette latitude qui était, jusqu'à présent, réservée seulement aux étudiants ayant passé leur 3e examen de doctorat sera certainement élargie. Actuellement, les docteurs français et étrangers et les élèves désireux de s'inscrire pour suivre assidûment le service sont certains d'en obtenir l'autorisation à condition de satisfaire à certaines mesures de contrôle. Ce contrôle indispensable à la surveillance et à la sécurité hygiénique de l'établissement, consiste dans le port de la carte déjà mentionnée, et l'inscription au bureau de la clinique. Ces conditions remplies, les élèves du service de la Faculté examinent, à tour de rôle, les femmes enceintes, en travail ou récemment accouchées sous la direction du professeur ou du chef de clinique. Ils sont organisés en séries pour la pratique des accouchements dans la journée. L'entrée de l'hôpital est accordée à tous, dans le cas d'intervention opératoire. Le jeudi consultation de gynécologie ; les élèves assistent aux examens au spéculum des malades du dehors et de celles du service. La maison est en outre désignée pour le stage que les élèves sages-femmes sont obligées de faire. Elles sont envoyées par la Faculté qui leur délivre une carte.

HÔPITAL DE LA CHARITÉ, 47, rue Jacob, 516 lits. — *Enseignement* : M. le professeur HARDY, professeur de clinique médicale. — Chef de clinique, M. SIREDEY. — Visite à 8 h. 1/2. Salles St-Charles (H.) et Sainte-Anne (F.) Consultations le mercredi à 9 h. 1/2. Examen au spéculum les jeudis et vendredis à 10 heures. Leçons au lit du malade les lundis, mercredis et vendredis à 8 h. 1/2, Interrogatoire des malades par les élèves le jeudi à 8 h. 1/2. Leçons au grand amphithéâtre avec présentation de malades et de pièces pathologiques les mardis et samedis, à 9 h. 1/2, Autopsies pratiquées devant les élèves, au grand amphithéâtre.

Clinique chirurgicale. — Professeur, M. TRÉLAT. — Chef de clinique, M. MARCHANT. Leçons de clinique chirurgicale et opérations les mercredis et vendredis, à 9 h. Visite des malades à 8 h. Salles Sainte-Vierge (H.) et Sainte-Catherine (F.). Consultations mardi, jeudi et samedi,

Chirurgie. — Service de M. DESPRÉS, Salles Sainte-Rose (F.) et Saint-Jean (H.) Visite des malades à 9 h. Le mercredi, conférences et opérations. Le samedi, examen à l'ophthalmoscope. Examen au spéculum le jeudi. Consultations les lundis, mercredis et vendredis.

Médecins. — M. FÉRÉOL. Salles Saint-Basile (F.) Sainte-Julie (crêche) et Saint-Louis (H.) Visite à 8 1/2. Consultation le mardi. — M. PETER. Salles Sainte-Madeleine (F.) et Saint-Jean-de-Dieu (F). Visite des malades à 9 h. Consultation le vendredi. — M. LABOULBÈNE. Salles Sainte-Marthe (F.) et Saint-Michel (H.) Visite des malades à 8 h. Consultation le lundi. — M. DESNOS. Salles Saint-Vincent (F.), et Saint-Félix (H.) Visite à 9 h. 1/2. Consultation le jeudi. — M. LUYS. Salles Saint-Joseph (F.) et Saint-Ferdinand (H.). Visite à 9 heures. Leçons cliniques sur les maladies nerveuses le jeudi. Consultation le samedi.

Accoucheur. — M. le Dr P. BUDIN. Salle Sainte-Marie. — Tous les matins à 9 h. — Les étudiants, pour être admis dans le service, doivent être munis de cartes délivrées à l'hôpital. Consultation pour les femmes enceintes tous les jours, à 9 h. 1/2.

Bibliothèque des internes de l'hôpital. — Cette bibliothèque, fondée par le Dr Passant, a été transférée dans un vaste local convenablement aménagé. Elle a reçu des dons importants provenant des bibliothèques du regretté Clozel de Boyer, du professeur Bouillaud et de M. Farcy. Les internes en médecine donnent tous les journaux et thèses qu'ils reçoivent et pourvoient aux frais d'entretien en s'imposant une cotisation mensuelle. Elle reçoit 400 fr. chaque année du Conseil municipal.

HÔPITAL DE LA PITIÉ, 1, rue Lacépède, 719 lits. — *Médecins* : M. JACCOUD, professeur de clinique médicale de la Faculté. Chef de clinique, M. NETTER, Salles Jenner (H.) et Laënnec (F.). Consultations les mercredis. Leçons cliniques les mardis, jeudis et samedis à 10 h. — M. AUDHOUI. Salles Cruveilhier (F.), accouchements et

Monneret (H.). Visite à 8 h. 1/2. Consultations le samedi. — M. BROUARDEL. Salle Trousseau (F.). et Rayer (H.). Visite à 8 h. 1/2. Consultations le lundi. Spéculum le mercredi et le samedi. — M. CORNIL. Salle Grisolle (F.) et Rostan (H.). Visite à 9 h. Consultations le vendredi. — M. LANCEREAUX. Salles Piorry (H.) et Lorain (F.). Visite à 8 h. 1/2. Clinique au lit du malade, vendredi et samedi. Consultation le jeudi. — M. DUMONTPALLIER. Salles Valleix (F.) et Serres (H.). Consultations le mardi. Visite à 8 h. 1/2.

Chirurgiens : M. VERNEUIL, professeur de clinique chirurgicale. Chef de clinique : M. VERCHÈRE. Salles Michon (H.) et Lisfranc (F.). Visite à 9 h. Leçons cliniques lundis, mercredis, vendredis. Consultations mardis, jeudis et samedis. — M. POLAILLON. Salles Gerdy (F.). et Broca (H.). Visite à 9 h. Consultations les lundis, mercredis et vendredis. — *Accoucheur* : M. MAYGRIER. Tous les matins à 8 h. 1/2.

Bibliothèque. — Il existe à la Pitié, une bibliothèque médicale fondée, en 1869, par les internes en médecine. Elle est entretenue par les cotisations mensuelles des internes et elle a reçu une subvention du Conseil municipal, 500 fr. en 1877, 1878 et 1879 ; 400 fr. en 1880 1881, 1882 et 1883; 500 fr. en 1884 et 1885. Elle se compose d'environ 1.100 volumes.

HÔPITAL LARIBOISIÈRE, rue A. Paré : 708 lits. — *Médecins* : M. DUGUET : salles Ste-Joséphine (F.) et Saint-Vincent (H.). Visite à 9 h. Consultation le vendredi. — M. SIREDEY : salles Ste-Claire (F.) et Saint-Jérôme (H.) Visite à 8 h. 1/2. Consultation le lundi. Consultation de gynécologie et spéculum le mercredi. — M. BOUCHARD : salles Ste-Mathilde (F.) et Saint-Landry (H.). Visite à 9 h. Consultation le jeudi. Leçons cliniques en hiver. — M. C. PAUL : salles Ste-Elisabeth (F.) et Saint-Henri (H.) Visite à 9 h. Consultation le mercredi. — M. PROUST : salles Ste-Marie (F.) et Saint-Charles (H.). Visite à 9 h. Consultation le mardi. — M. GÉRIN-ROZE : salles Sainte-Marthe *bis* et nourrices ; Ste-Geneviève (F.), Saint-Augustin *bis* (H.) Pavillon d'isolement. Visite à 8 h. 1/4. Consultation le samedi. Les consultations pour les maladies du *larynx* et les examens laryngoscopiques ont lieu tous les jours, excepté le mercredi, à 9 h.; celles pour les *maladies professionnelles* le mercredi à 9 h. (M. Proust).

Chirurgiens : M. DUPLAY : salles Ste-Marthe (F.), Ste-Marthe *bis* (F.), *maladies des yeux* ; Saint-Ferdinand, Saint-Honoré (H.), Saint-Ferdinand *bis* (H.), *maladies des yeux.* Visite à 9 h. Opérations et clinique le jeudi. Maladies des yeux et examen ophthalmoscopique les mardis et samedis. Consultation les lundis, mercredis et vendredis. — M. B. ANGER : salles Ste-Jeanne (F.), Saint-Louis et Saint-Augustin (H.). Opérations le mercredi. Visite à 8 h. 1/2. Consultation les mardis, jeudis et samedis.

Service d'accouchements. — M. PINARD : salle Ste-Anne (F.) Chambres d'isolement. Visite tous les matins, à 9 heures. Consultation tous les jours, le dimanche excepté. Les élèves, *munis de cartes*, délivrées par le chef de service, sont organisés par séries pour l'examen des femmes enceintes et des femmes en travail. Ils font des accouchements sous la direction du personnel. L'accès de l'hôpital leur est permis pendant toute la journée, lorsqu'une femme est en travail. Environ deux mille femmes par an se présentent pour accoucher et sont réparties entre la salle d'accouchement et les sages-femmes (24) agréées du service de ville.

Bibliothèque des internes. Installée dans une salle spéciale de travail, elle a obtenu du Conseil municipal une subvention des 2,000 fr. en 1876, de 500 fr. en 1878-1885. Elle compte environ 1800 volumes.— Laboratoire de micrographie. (MM. Duguet et Paul).

HÔPITAL SAINT-ANTOINE, 184, faubourg Saint-Antoine, 617 lits et 72 de varioleux (689). —*Chirurgie.* M. PÉRIER. Salles Blandin et Broca, (H.), 44 lits ; salle Cruveilhier, (F.), 20 lits ; consultation les lundi, mercredi et vendredi. Spéculum le lundi. Opérations le jeudi. Visite à 8 h. et demie. — Service de M. DELENS. Salles Dupuytren et Velpeau (H.), 60 lits; salle Lisfranc, (F.), 24 lits. Consultations les mardi, jeudi et vendredi. Visite à 9 heures.

Médecine : Service de M. le professeur HAYEM : Salle Magendie, (H.), 38 lits ; salle Grisolle, (F.), 28 lits ; salle Grisolle (accouchements), 4 lits. Consultations le lundi. Examen au spéculum le mercredi. Visite à 8 h. et demie. Service de M. MESNET. Salles Bichat et Malgaigne, (H.), 51 lits; salle Chomel, (F.), 24 lits. Consultations le mardi. Examen au spéculum le vendredi. Visite à 9 h. — Service de M. LANDRIEUX : Salle Broussais, (H.), 22 lits; pavillon Lorain (F.), 30 lits. Consultation roulante. Examen au spéculum le mardi; examen au laryngoscope le lundi. Visite à 9 h. — Service de M. RAYMOND : Salle Marjolin, (H.), 33 lits; salle Roux, (crèche), 16 lits ; salle Corvisart (F.), 20 lits. Consultations le vendredi. Examen au spéculum le lundi. Visite à 8 h. 1/2. —Service de M. HUTINEL : Salle Axenfeld (H.), 34 lits; salle Nélaton, (F.), 20 lits ; salle Chomel (accouchement) 2 lits. Consultations le samedi. Visite à 9 h. — Service de M. DIEULAFOY : Salles Louis et Andral (H.), 56 lits ; salle Barth (F.), 24 lits. Consultations le mercredi. Examen au spéculum le samedi. Visite à 8 h. et demie. — Service de M. TENNESON : Salle Aran (H.), 27 lits ; salle Rostan (F.), 24 lits. Consultation le jeudi. Examen au spéculum le samedi. Visite à 9 h. et demie. Service de varioleux avec 36 lits (H.) et 36 lits (F.)

HÔPITAL TENON, rue de la Chine : 825 lits.

Médecins : M. STRAUS. Visite à 9 h. Salles Andral (H.), Béhier et Cl. Bernard (F.). Consultation le lundi. — M. LANDOUZY. Visite à 9 h. Salles Lelong (H). Bouillaud (F.) et Valleix (crèche). Consultation le mardi. — M. TROISIER. Visite à 8 h. 1/2. Salles Bichat (H.), Magendie (F.) et Laënnec (F.) Consultation le mercredi. — M. HANOT. Visite à 9 h. Salles Axenfeld (H.), Colin (F.) et Tenon (H.) Consultation le jeudi. M. LACOMBE. Visite à 9 h. Salles Barth (H.) et Couverchel (F.) et Tenon (H.). Consultation le vendredi. — M. DREYFUS-BRISSAC. Visite 9 h. Salle Gérando (H.) Rayer (F.) Consultation le samedi. M. MOUTARD-MARTIN. Salles Parrot et Lorain (H.), et Maurice Reynaud (F.). — M. DANLOS: Salles Pidoux et Trousseau (H.) et Cruveilhier (F.).

Chirurgiens : M. J. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. Visite à 9 h. Salles Velpeau, Nélaton et Lisfranc (H.), Richard Wallace (F.) et Boyer (Crèche). Consultation les lundis, mercredis et vendredis. Opérations les mardis et jeudis. — M. GILLETTE. Visite à 9 h. Salles Dupuytren, Montyon, Seymour (H.), Delessert (F.) et Ambroise Paré (F.). Consultation les mardis, jeudis et samedis. Opérations les lundis et mercredis.

Accoucheur. M. BAR. Visite à 9 h. Consultation pour les femmes enceintes, les lundi et jeudi à 10 h.

Les médecins et les chirurgiens reçoivent une indemnité fixée exceptionnellement à 3,000 fr., en raison de la distance à laquelle est située cet établissement. — Les *internes* sont logés et touchent l'indemnité réglementaire de 600 fr. pour la 1re année, de 700 fr. pour la 2e, de 800 fr. pour la 3e et de 1,000 fr. pour la 4e. Ils reçoivent, en outre, une indemnité mensuelle de 25 fr. Dès l'ouverture de l'hôpital (novembre 1878), il a été fondé par les internes une *bibliothèque* d'ouvrages de médecine. Un don de 2,000 fr. du Conseil municipal, puis une subvention de 500 fr. votée chaque année ont enrichi cette bibliothèque. Les *externes* touchent 50 fr. par mois au lieu de 30, comme dans les autres hôpitaux excentriques.

HÔPITAL NECKER, rue de Sèvres, 151 : 418 lits. —*Médecins* : M. le professeur POTAIN. Chef de clinique, M. André PETIT. Salles St-Luc (H.), Sainte-Adélaïde (F.). Clinique médicale à 9 h. Consultations le jeudi. — *Laboratoire* du service de clinique médicale : Chef des travaux histologiques, M. SUCHARD ; chef des travaux chimiques, M. ESBACH. — M. RIGAL : Salles Saint-Ferdinand (H.), Sainte-Anne (dont 6 lits de crèche) (F.). Consultations le mardi. Spéculum le lundi. — M. BLACHEZ : Salles Saint-Louis (H.), Sainte-Thérèse (F.), Sainte-Eugénie (crèche). Consultations le lundi. — M. RENOU : Salles St-Jean (H.). Sainte-Eulalie (F.). Consultations le mercredi. Spéculum lundi et jeudi.—La consultation est faite à tour de rôle, les vendredis. par MM. RIGAL ou RENDU : les samedis par MM. POTAIN ou BLACHEZ.

Chirurgiens. Clinique chirurgicale : M. le professeur LE FORT. Chef de clinique : M. MENARD. Salles St-Pierre (H.) et Sainte-Marie (F.). Consultations les lundis, mercredis et vendredis. — *Laboratoire du service de clinique chirurgicale* : Chef du laboratoire, M. DEGENNES. — M. GUYON : Salles Saint-André (H.) Saint-Vincent et Sainte-Cécile (F.). Consultations les mardis, jeudis et samedis. *Fondation Civiale* pour les maladies des voies urinaires. Leçon clinique et opérations le mercredi, à 9 h.; leçon au lit du malade et opérations le samedi à 9 h. Le Musée Civiale, près la salle Saint-Vincent, est ouvert tous les jours pendant l'heure des visites. Outre une nombreuse collection de calculs vésicaux, il renferme encore un grand nombre de pièces intéressantes sur les diverses affections de la vessie, de la prostate et de l'urèthre.

Bibliothèque des internes en médecine.—Fondée en 1878. Cette fondation est due à l'initiative des internes de cette année. A la fin de 1878, elle comptait 50 volumes environ, provenant de dons (chefs de service de Necker, M. Bourneville) et du montant des souscriptions des internes (2 fr. par mois). Grâce à la subvention votée par le Conseil municipal, la bibliothèque s'est enrichie en 1879 : 1° de la collection des Bulletins de la Société anatomique ; 2° de la *Revue des Sciences médicales* ; en 1880, des Archives de médecine ; en 1881, des Archives de physiologie ; en 1882, des *Bulletins de l'Académie de médecine* et de la *Société de chirurgie.* Elle compte aujourd'hui plus de 900 volumes. Elle a été encore augmentée de 1883 à 1885 grâce à une subvention de 500 francs accordée par le Conseil municipal.

HÔPITAL BEAUJON, faubourg Saint-Honoré, 208 : 422 lits. — *Médecins* : M. MILLARD : salles Saint-Louis (H.) et Sainte-Marthe (F.). Visite à 8 h. 1/2. Consultation tous les vendredis et les lundis, un sur deux. — M. GUYOT : salles Sainte-Claire (F.) et Saint-François (H). Visite à 8 h. Consultations tous les mardis et samedis, un sur deux. — M. GOMBAULT : salles Beaujon (H.) et Sainte-Monique (F.), Visite à 8 h. 1/2. Consultations tous les jeudis et les lundis, un sur deux.— M. FERNET : salles Saint-Jean (H.) et Sainte-Hélène (F.). Consultations tous les mercredis et samedis, un sur deux. Visite à 8 h. 1/2.

Chirurgiens: M. LABBÉ. 1er pavillon (H.), Salles Sainte-Clotilde

F.). Visite à 8 h. 1/2. Consultation les lundis, mercredis et vendredis. Opérations le mardi. — M. Cruveilhier. 2e pavillon (H.), Sainte-Agathe (F.). Visite à 8 h. 1/2. Consultation les mardis, jeudis, samedis. Spéculum jeudi et samedi. Opérations le mercredi.

Accoucheur : M. Ribemont-Dessaignes : salle Sainte-Paule. Visite à 9 h. 1/2. Consultations tous les jorrs à 10 heures.

Bibliothèque. — La bibliothèque, placée dans un local attenant aux chambres des internes, et qui ne contenait guère que 500 volumes en 1878, en renferme maintenant plus de 1,500, grâce au legs Gubler et à une subvention de 500 fr. accordées chaque année par le Conseil municipal.

Hôpital Cochin, 47, faubourg Saint-Jacques: 445 lits dont 120 dans d'anciennes baraques non employées.—*Médecins* : M. X. Gouraud. Salles St-Philippe (H.), Ste-Marie (H.), et St-Jean (F.). Visite à 8 h. 1/2 du matin. Interrogatoire des élèves au lit du malade.—M. X. Gouraud fait chaque année des leçons cliniques du mois de mars au mois de juin. Elles ont lieu le mardi et le vendredi, à 9 h. 1/2. — M. Dujardin-Beaumetz : Salles Chauffard, Woillez, Beau (H.), Briquet et Blache (F.). Salles d'accouchées malades. Visite à 9 h. 1/2. Spéculum le jeudi. Consultation les mardi, jeudi et samedi. *Leçons de clinique thérapeutique,* de séméiologie, de physique et chimie médicales les lundi, mercredi, vendredi. Un laboratoire parfaitement aménagé et un amphithéâtre de cours particulier sont annexés au service.

Chirurgien : M. Th. Anger. Salles Saint-Jacques et Cochin. Il existe de plus un service de baraques comprenant 37 lits d'hommes. Visite à 8 h. 1/2. Leçons cliniques à l'amphithéâtre. Il y a tous les jours, à l'hôpital Cochin, une consultation nombreuse en médecine et en chirurgie.

Accouchements : M. Marchand. Le pavillon d'accouchements est une annexe de la Maternité. Le chirurgien est professeur-adjoint de la Maternité. Ce service est interdit aux étudiants en médecine. Cependant, avec une permission spéciale du chef de service, quelques élèves peuvent assister à la visite qui a lieu tous les matins, à 8 h. 1/2. Il se fait en moyenne à la Maternité de Cochin 60 à 65 accouchements par mois.

La *Bibliothèque* des internes en médecine a reçu du Conseil municipal un don de 1,000 fr. en 1877, de 500 fr. en 1878 et de 400 fr. de 1879 à 1885. Elle pourra rendre de plus grands services, quand l'Administration aura adjoint à la salle de garde un local suffisant. Elle compte plus de 400 volumes.

Hôpital Andral, 35, rue des Tournelles. — *Médecin*: M. Debove. Consultations les lundi, mercredi, vendredi, à 9 heures.

Hôpital Broussais, 96, rue Didot; il comprend aujourd'hui 200 lits de médecine pour les maladies chroniques ; on va, le 19 novembre, ouvrir un service de 60 lits de chirurgie, cas chroniques également. Le service est fait jusqu'à nouvel ordre par les membres du Bureau central. Un seul aujourd'hui fait le service, M. le Dr Brault, avec deux internes provisoires. Les salles de chirurgie ne sont pas dénommées encore ; celles de médecine sont : hommes, salles Lasègue, Parrot, Delpech, Hillairet ; femmes, Cazalis, Gubler, Axenfeld, Archambault. Il n'y a pas encore de service de consultation, la spécialité de l'établissement, Hôpital d'attente pour les épidémies, occupé entre temps par des choniques, ne comportant pas d'admissions directes. Les services de médecine chonique sont au complet. Celui de chirurgie chronique sera complété en quelques jours.

Hôpital Bichat, boulevard Ney : 181 lits. — *Médecins* : MM. Gouguenheim. Salles Bazin (H.) et Louis (F.). — Huchard. Salles Andral (H.) et Récamier (F.). — *Chirurgien* : M. Terrier. Salles Jarjavay (H.) et Chassaignac (F.).

Hôpital Laennec, 42, rue de Sèvres. Nombre de lits, 628, dont 20 pour les enfants, crèche.—*Médecins* : M. Ball. Salles Béhier et Larochefoucauld (H.), Broca, Piorry et Becquerel (F.). Consultation, lundi et vendredi. —M. Damaschino. Salles Trousseau et Bayle (H.), Louis et Monneret (F.), Guersant (crèche). Consultation mardi et samedi. — M. Ferrand. Salles Beau et Cruveilhier (H.), Legroux et Quesnay (F.). Consultation mercredi et vendredi. — M. Legroux. Salles Rostan et Grisolle (H.), Chomel et Cl. Bernard (F.). Consultation jeudi.

Chirurgien: M. Nicaise. Salles Malgaigne (H.) et Chassaignac (F.). Boyer (H. et F.). Consultation tous les jours. Il y a en outre 112 lits supplémentaires en cas d'épidémie. Dans chaque service il y a deux salles affectées aux maladies chroniques (H. et F.).

Des conférences cliniques ont lieu tous les jours à l'hôpital Laënnec, dans le nouvel amphithéâtre, agencé de manière à permettre des démonstrations pratiques au moyen de projections. Ces conférences seront reprises au mois de décembre dans l'ordre suivant :

Lundi, M. Ball. — Mardi, M. Nicaise. — Mercredi, M. Legroux. — Jeudi, M. Ferrand. — Vendredi, M. Damaschino. — Samedi, M. Nicaise.

Des laboratoires et des musées particuliers sont annexés à chaque service (1). Le laboratoire de M. Damaschino est disposé pour des recherches d'histologie, de physiologie pathologique et de chimie, recherches de microbes, etc., etc. Un atelier de photographie est annexé à l'hôpital ; il permet de conserver la photographie des malades et des pièces anatomiques intéressantes. Un superbe établissement de bains est ouvert, tant pour le service interne que pour le service externe : on y trouve indépendamment de deux vastes salles (H. et F.), douches, salles de sudation, vapeur, etc., une étuve de désinfection chauffée au gaz.

Hospice de la Salpêtrière, *vieillesse femmes*, boulevard de l'Hôpital : 1,821 lits pour les *vieillards* et 720 pour les *aliénées*. — *Médecins* : MM. Charcot et Joffroy.—*Chirurgien* : M. Terrillon,—*Médecins aliénistes* : MM. Legrand du Saulle, J. Falret et A. Voisin. — *Médecin résident* : Dr Ch. Féré. — *Clinique des maladies du système nerveux* : M. Charcot, les mardis et vendredis à 9 heures 1/2 ; chef de clinique, M. Babinski ; — chef du laboratoire, M. P. Richer ; — prosecteur, M. Féré ; — chef du service électrothérapique, M. Vigouroux (traitement les mardi, jeudi et samedi, à midi) ; travaux chimiques et photographiques, M. Londe. — M. Legrand du Saulle fait des leçons cliniques de médecine mentale et de médecine légale ; — M. Voisin fait, durant l'hiver, un cours sur le même sujet. — M. J. Falret, clinique mentale, le dimanche à 10 heures, à partir du 8 novembre. Tous les jeudis, à 9 heures, examen clinique des malades. — M. Terrillon fait, durant l'été, un cours de gynécologie.

Un service de *consultation externe* a été ouvert à la Salpêtrière au mois de mai 1881. Le nombre des malades qui s'y présentent chaque jour a démontré l'opportunité de cette innovation, due au Conseil municipal. Il fonctionne de la manière suivante : *Médecine*. Consultation externe. M. Charcot, le mardi, à 9 h. et demie ;—M. Joffroy le mercredi, à 9 h. et demie ; — M. J. Falret, le lundi, à 9 h. et demie ; —M. Voisin (Auguste), le vendredi, à 9 h. et demie ;—M. Legrand du Saulle, le samedi, à 9 h. et demie. — *Chirurgie* : M Terrillon, le jeudi, à 9 h. et demie. — La consultation de Médecine est plus spécialement réservée aux maladies nerveuses et mentales. Depuis 1882, on a ajouté à l'Infirmerie générale 42 lits pour les malades externes, hommes, et l'on a autorisé la réception de quelques malades externes femmes.

Bibliothèque. — Il existe à la Salpêtrière une *Bibliothèque* médicale fondée et entretenue par les internes en médecine. Elle se compose actuellement de plus de 1800 volumes, dont 398 ont été donnés par M. Passant. Elle a reçu, en 1877, une subvention de 2,000 fr. du Conseil municipal, de 500 fr. de 1878 à 1885.

Hospice de Bicêtre, à Bicêtre : 1658 lits règlementaires pour les *vieillards*, population réelle 1921 ; 640 lits pour les *aliénés*, et les *épileptiques ;* population réelle 782. Dans ce dernier chiffre sont compris 272 enfants épileptiques ou arriérés (ce nombre sera porté à 400 quand les bâtiments en construction seront achevés). — Infirmerie de l'hospice : *Médecin* : M. Cuffer. — *Chirurgien* : M. Berger. On reçoit également en chirurgie les blessés du dehors, venant surtout de la commune de Gentilly, où existent beaucoup de carriers. Nous avons insisté pour que l'Administration affectât quelques lits à l'infirmerie de médecine pour les malades du dehors ; ceci a été fait : huit lits. Les *consultations* ont lieu pour la chirurgie les lundis, mercredis, vendredis, et pour la médecine les mardis, jeudis et samedis.

Division des aliénés : 1re section, M. Charpentier.—2e section. M. J. Voisin. — 3e section, M. Bourneville. Médecin résident : M. Deny. — A Bicêtre, il n'y a pas d'élèves externes ; il n'existe que des internes et des internes provisoires. Depuis quatre ans, par suite de la nomination d'un nombre plus considérable d'internes provisoires, on n'a pas eu besoin de recourir aux externes, ni même à de simples étudiants en médecine, pour remplir dans cet hospice les fonctions d'interne. Néanmoins, les internes titulaires ou provisoires ne vont pas volontiers à Bicêtre ; cela tient à ce que le grand éloignement n'est nullement compensé par les avantages matériels que l'on pourrait y rencontrer. Les logements dont nous avons signalé l'insalubrité ont été agrandis, c'est là un palliatif, ce qu'il y aurait de mieux à faire serait de construire un pavillon spécial.

Bibliothèque médicale des internes en médecine.—Fondée en 1865, enrichie du legs Burlaud, alimentée par les cotisations des internes, et surtout par les subventions du Conseil municipal (1877-1885), elle compte aujourd'hui plus de 2,500 volumes. Cette bibliothèque, déjà fort importante, rend des services considérables aux internes, mais elle se trouve très à l'étroit dans le local où elle est placée, et le défaut d'espace nuit au bon ordre et même au bon entretien d'un certain nombre de volumes. Les internes de l'hospice ont encore un autre avantage : un sur trois des corps non réclamés reste à l'am-

(1) Nous pensons que l'Administration va réunir tous ces musées particuliers dans le musée spécial qui a été construit, à la suite d'un vote du Conseil municipal, dans le nouveau service des morts.

phithéâtre et peut servir à la dissection ou à la médecine opératoire.

Hôpital des Enfants-Malades, rue de Sèvres, 149. — 572 lits. — Depuis le 1er janvier 1884, la chaire de clinique des maladies des Enfants, est transférée de l'hospice des Enfants-Assistés à l'hôpital des Enfants-Malades. — M. le professeur Parrot a été remplacé par M. le professeur Grancher en février 1885. — M. Grancher fera des leçons cliniques le mardi et le samedi, à 10 heures, dans l'amphithéâtre de cours, à partir du 10 novembre. — Une amélioration importante a été apportée en l'année 1884, dans la répartition des services de médecine. Jusque-là, quelques médecins avaient des salles exclusivement consacrées au traitement des maladies aiguës ; d'autres, moins bien partagés, n'avaient que des salles de chroniques. La translation de la chaire de clinique à l'hôpital des Enfants a amené une nouvelle distribution des services. Chaque médecin (ils sont au nombre de cinq, y compris le professeur de clinique) a un service d'aigus, un service de chroniques, et fait dans la semaine, une leçon clinique, à l'amphithéâtre. M. Labric seul ne fait pas de leçons publiques.

Médecins. — M. Grancher, professeur. Consultation le lundi. Leçons à 10 heures, le mardi et le samedi. Visite à 8 h. 1/2. Salles Saint-Thomas (G. aigus), Sainte-Geneviève (F. aiguës), Sainte-Catherine (F. chroniques). Le laboratoire dépendant de la chaire de clinique des maladies des Enfants, est installé au 2e étage du bâtiment de l'horloge. — M. Labric. Consultation le vendredi. Visite à 8 heures 1/2. Salles : Saint-Jean (G. aigus), Saint-Louis (G. teigneux). Les teigneux sont examinés le mardi de chaque semaine dans la salle Saint-Louis. — M. J. Simon. Consultation le Samedi. Visite à 8 h. 1/2. Leçons cliniques à l'amphithéâtre le mercredi à 10 heures. Salles : Sainte-Thérèse (F. aiguës), Sainte-Marie (F. chroniques). — M. A. Ollivier. Consultation le Jeudi. Visite à 8 h. 1/2. Leçons cliniques à l'amphithéâtre le lundi à 10 h. Salles : Sainte-Elisabeth (F. aigües), Sainte-Anne (F. teigneuses). — M. Descroizilles. Consultation le mardi. Visite à 8 h. 1/2. Conférences cliniques à l'amphithéâtre le vendredi à 10 heures. Salles : Saint-Augustin (G. chroniques), Saint-Ferdinand (G. aigus). Les deux pavillons inaugurés en 1882, pour l'isolement et le traitement de la diphtérie, renferment chacun 12 lits et sont destinés l'un aux garçons, l'autre aux filles. Le service est fait par chacun des 5 médecins de l'hôpital qui s'y succèdent de deux en deux mois.

Chirurgien. — M. de Saint-Germain. — Visite à 8 h. 1/2. Consultation tous les jours, sauf le jeudi. Conférences cliniques à l'amphithéâtre le jeudi à 9 heures. Opérations les mardis, jeudis, samedis. Le samedi, consultation d'orthopédie. Salles Saint-Côme (G.), Sainte-Pauline (F.), Sainte-Marthe (F. ophthalmies), Saint-Joseph (G. Ophthalmies).

Bibliothèque. — Elle possède actuellement 600 volumes environ. Cotisation 2 fr. par mois. Elle reçoit chaque année une allocation du Conseil municipal. De nombreux dons sont faits tous les ans par M. Descroizilles.

Hôpital Trousseau, 89, rue de Charenton (ex-hôpital Sainte-Eugénie, ancien hôpital Sainte-Marguerite). Enfants, 463 lits.

Médecins : M. Triboulet. Visite à 8 heures 1/4. Consultations les lundis et jeudis. Salle Barrier (garçons); salle Blache (filles). — M. d'Heilly. Visite à 8 heures 3/4. Consultations les mercredis et samedis. Maladies aiguës. Salle Valleix (filles). Maladies chroniques. Salle Bouvier (filles). Teigne le mardi. Salle Gillette (filles). — M. Cadet de Gassicourt. Visite à 8 h. 1/2. Consultations les mardis et vendredis. Maladies aiguës. Salle Legendre (garçons). Maladies chroniques. Salle Lugol (garçons). Teigne. Salle Bazin (garçons). — Consultations et pansement externe de la teigne, deux jours par semaine : M. D'Heilly, les mardis; M. Cadet de Gassicourt, les samedis. Très prochainement un amphithéâtre pourvu de tous les moyens d'étude désirables va être annexé au service de M. Lannelongue. Des salles d'opération et d'isolement doivent être construites dans un très bref délai.

Chirurgien : M. Lannelongue. Visite à 8 h. 1/2. Consultations tous les jours. Salle Denonvilliers (garçons). Salle Giraldès (filles).

Pavillon Bretonneau, inauguré en 1879, comprenant 28 lits pour la diphthérie. Ce service d'isolement est fait alternativement par les médecins : M. Cadet de Gassicourt, en janvier, février, juillet et août; M. Triboulet, en mai, juin, novembre et décembre. M. d'Heilly, en mars, avril, septembre et octobre. Au commencement de chaque année, un moniteur est choisi par l'Assistance publique afin de servir d'aide et de guide aux nouveaux internes pendant les opérations de trachéotomie. C'est là une innovation des plus heureuses introduite dans l'important service des diphthériques. Le jeudi, pendant les deux semestres de l'année scolaire, M. Cadet de Gassicourt fait des leçons cliniques au lit du malade et à l'amphithéâtre.

Bibliothèque des internes en médecine. — Au 1er janvier 1879, la bibliothèque n'était représentée que par des thèses et par des collections de journaux incomplets. Il n'existait ni règlement ni cotisations. Grâce à l'initiative des internes et à la générosité de M. le Dr Lannelongue, chirurgien de l'hôpital Trousseau, la bibliothèque est devenue une réalité. Le Conseil municipal de Paris a voté à cette bibliothèque une subvention de 500 fr. en 1880 et une autre subvention de 500 fr. en 1881 et 1883, 400 fr. en 1884 et 1885; elle possède aujourd'hui plus de 400 volumes. Les internes en médecine se sont volontairement soumis à une cotisation de 2 fr. par mois. L'hôpital Trousseau est appelé à prendre une importance très grande. De nouveaux laboratoires d'histologie pathologique et de chimie vont être créés. Ajoutons que le musée de M. le Dr Lannelongue vient d'être organisé avec un soin extrême et fournira aux étudiants de précieux sujets d'études.

Hospice des Enfants-Assistés, rue Denfert-Rochereau, 74, 685 lits. *Médecin*, M. Sevestre. Visite tous les jours de 8 heures 1/2 à 10 heures du matin. — *Chirurgien*, M. Guéniot. — *Consultations pour les maladies de l'enfance.* Une consultation gratuite pour les maladies des enfants est établie à l'hospice des Enfants-Assistés. Cette consultation a lieu régulièrement le lundi, le jeudi et le vendredi de chaque semaine, à 9 h. du matin. Entrée, rue Denfert-Rochereau, n° 74.— La bibliothèque, fondée en 1884, s'est accrue cette année de quelques ouvrages importants. Il existe maintenant un laboratoire de médecine. Les pavillons d'isolement pour le traitement des maladies contagieuses sont terminés et leur inauguration aura lieu très prochainement.

Hôpital Saint-Louis, rue Bichat, n° 40, salle de consultation même rue, n° 38, 1043 lits dont 625 consacrés aux affections cutanées, 56 aux accouchements, 64 aux varioleux et le reste aux affections chirurgicales.

Cliniques dermatologiques et syphiliographiques.—La médecine générale n'est pas enseignée dans cet hôpital, mais, en revanche, on y trouve accumulés tous les matériaux et tous les moyens d'études propres à favoriser l'enseignement spécial de la pathologie cutanée.

Six chefs de service se partagent les lits réservés aux maladies de la peau ; chacun d'eux fait la consultation un jour par semaine et examine les jours suivants les malades admis dans les salles. Outre les cours officiels organisés par la Faculté, les six médecins de l'hôpital Saint-Louis font tous, pendant le semestre d'été, une série de leçons théoriques et pratiques ; à la suite d'une commune entente, ces leçons sont réparties entre les différents jours de la semaine, de sorte que les étudiants ont pour ainsi dire à choisir chaque matin entre les moyens d'instruction qui s'offrent à eux.

Médecins : M. Hallopeau. Consult. externe le jeudi ; examen des malades et conférence clinique le vendredi, à 9 h. Examen au spéculum le mardi, salles Biett (F.) et Hillairet (H.). — M. Lailler. Consultation externe le mercredi ; conférences cliniques toute l'année le *vendredi* à 8 h. 1/2 ; spéculum le lundi, service spécial supplémentaire pour les enfants teigneux le samedi à 9 h. pavillon Bazin (H.), salle Lugol (F.). — M. Vidal. Consultation externe le mardi; examen des nouveaux et conférences cliniques le mercredi toute l'année : traitement du lupus par les scarifications linéaires le jeudi ; spéculum le samedi ; leçons sur les affections cutanées le lundi à partir du mois de janvier, salles Alibert, Gabrielle et Devergie (H.). — M. Guibout. Consultation externe le vendredi ; examen des nouveaux le samedi ; spéculum et leçon de clinique sur les maladies de femmes le lundi toute l'année. Tous les samedis, du 15 mars au 15 août, cours clinique sur les maladies de la peau, salle Bichat (H.) et Henri IV (F.) M. Besnier. Consultation externe le lundi; examen des nouveaux le mardi ; mercredi, revue générale des malades ; jeudi, la cautérisation ignée interstitielle du lupus; vendredi, les *pelades* et *trycophitie*; samedi, policlinique : affections cutanées diverses, salles Cazenave (H.) et Gibert (F.). Pendant l'été, le mercredi, *clinique et pathologie cutanée.* Même distribution des travaux pour les autres jours.—*Clinique des maladies de la peau*, M. le professeur Fournier. Chef de clinique, M. Bruchet, tous les jours de 8 h. à 10 h. du matin, salles Saint-Louis (H.) et Henri IV (F.).— *Accoucheur* : M. Porak, salle Paul Dubois. Visite tous les jours à 9 h. Les élèves n'y sont admis que munis d'une autorisation spéciale. Consultation tous les jours à 9 h. 1/2, excepté le dimanche. Les élèves y sont admis sans autorisation spéciale. Du 1er janvier au 1er juillet, leçons tous les jeudis, à 10 h.

Musée pathologique. — Le Musée, ouvert tous les jours de 8 h. à 11 h., sans formalité, contient aujourd'hui 798 moulages reproduisant les principales affections cutanées et parasitaires, 142 dessins et des photographies coloriées. La collection particulière de M. Fournier, jointe depuis trois ans au Musée, se compose d'un grand nombre de pièces relatives aux affections syphilitiques et vénériennes. Le Musée particulier de M. Péan contient 500 moulages de pièces chirurgicales. M. Parrot a également enrichi le musée d'une collection d'environ 200 pièces (legs).

L'hôpital Saint-Louis doit surtout sa réputation à l'enseignement spécial des affections cutanées, mais ses services d'accouchements et de chirurgie sont également des plus actifs. Le service d'accouchements, dirigé par M. Porak, contient 28 lits constamment occupés. Il s'y fait en moyenne 2 ou 3 accouchements par jour; 966 par an (1875); 4539 de 1875 à 1880. Ce chiffre n'est dépassé qu'à la Maternité. Tous les jours, consultation externe pour la gynécologie.

Chirurgiens. — Les services de chirurgie de l'hôpital Saint-Louis sont, avec ceux de Lariboisière, les plus riches et les plus actifs des hôpitaux de Paris. 28,500 malades et blessés se présentent à la consultation, et 2,200 en moyenne sont traités dans les salles. — M. Péan, Consultation externe lundi, mercredi, vendredi; clinique et opérations le samedi toute l'année, à l'amphithéâtre, salles Cloquet (H.), Nélaton (H.), Denonvilliers (F.). — M. Le Dentu. Consultation externe mardi, jeudi et samedi; leçon clinique et opérations le mercredi toute l'année à 9 h. 1/2, à l'amphithéâtre, salles Denonvilliers (F.) et Cloquet (H.).

Bibliothèques. — Les élèves externes et stagiaires peuvent, moyennant une faible cotisation, consulter et emporter les livres d'une bibliothèque qui leur est exclusivement réservée. C'est à l'initiative de M. Lailler que les élèves doivent cet avantage que n'offre aucun autre hôpital. La bibliothèque, ouverte tous les matins, est placée dans le bâtiment neuf de la consultation, l'ancienne salle du pavillon ayant été rendue à sa destination primitive (malades): elle reste toujours sous la direction de M. Lailler. — Une autre *Bibliothèque*, enrichie de 1877 à 1885, par des dons du Conseil municipal de Paris, est la propriété des internes en médecine de l'hôpital; elle contient d'importantes collections de thèses et de journaux, des ouvrages médicaux variés et les principaux travaux français et étrangers sur les maladies de la peau, 1500 volumes. Elle a reçu, en 1884, un legs de M. Hillairet.

Hôpital du Midi. 111, boulevard de Port-Royal. — 336 lits consacrés exclusivement aux affections vénériennes et syphilitiques. — Les visites et consultations se font très régulièrement tous les jours, à 9 heures du matin. — *Chirurgien* : M. Humbert : 1re division. Salles I, II, III, IV et V. Consultations les lundis et jeudis. — *Médecins* : M. Du Castel : 2e division. Salles VI, VII et VIII. Consultations les mercredis et samedis. M. Mauriac : 3e division. Salles IX, X, XI et XII, consultations les mardis et vendredis. Le musée créé par M. le Dr Horteloup, où sont réunies un grand nombre de pièces montées avec soin, présente un grand intérêt pour l'étude des *maladies vénériennes* et mérite d'être visitée avec soin.

Hôpital de Lourcine, n° 111, rue de Lourcine : 243 lits. — M. Roques : Salles Astruc, Goupil et Bouley. Cette dernière salle (8 lits et 6 berceaux) reçoit les filles de 2 à 15 ans. M. Martineau : Salles Cullerier et Natalis Guillot. Leçons cliniques les mercredis et samedis de chaque semaine. Le cours sur les maladies des femmes et les affections syphilitiques commencera le 20 novembre.

Chirurgien : M. Pozzi : Salles Fracastor (accouchements et crèches) et Van Swieten. La salle Fracastor (33 lits et 18 berceaux) reçoit les enfants nouveau-nés avec leur mère. — Les étudiants sont admis dans cet hôpital sur la présentation de cartes spéciales, délivrées par M. le directeur de l'établissement.

Bibliothèque. — Le Conseil municipal, en 1879, a voté une somme de 400 fr. pour la bibliothèque. Depuis, il a voté tous les ans la même somme.

Hôpital temporaire de la rue Pascal, rue Pascal, 75 : 60 lits. — Consultation gratuite pour les femmes. — *Médecins* : MM. Martineau et Roques. — *Chirurgien* : M. Pozzi. Leçons de gynécologie opératoire, les lundi et vendredi, à partir du 4 janvier 1886.

Maison et École d'accouchement, boulevard de Port-Royal, 123 : 338 lits. — *Médecin*: M. Labadie-Lagrave. — *Chirurgien en chef* : M. Tarnier. — *Chirurgien-adjoint* : M. Marchand. — Cet hôpital est complètement fermé aux étudiants; il est réservé, par l'Administration de l'Assistance publique, pour l'éducation des élèves sages-femmes. Il y a deux internes, l'un est attaché au service de médecine, l'autre au service de chirurgie; il n'y a pas d'externes. Cette maison comprend, en réalité, deux parties distinctes : l'Hôpital et l'Ecole. — Les femmes enceintes peuvent être reçues pendant le neuvième mois de leur grossesse : une salle contenant 30 lits leur est destinée. Si ces femmes sont atteintes soit d'une affection médicale, soit d'une affection chirurgicale, ou offrent un rétrécissement du bassin, elles peuvent être admises dans deux salles spéciales, l'une (médecine) de 12 lits, l'autre (chirurgie) de 6 lits.

Lorsque l'accouchement est fait, si les suites de couches sont simples, les femmes restent dans les salles qui sont sous la direction de la sage-femme en chef; chacune de ces salles contient 30 lits. Chaque lit est séparé des autres par une cloison. Cinq nourrices sont attachées à ce service.

Dès qu'une femme présente quelques accidents, fièvres, douleurs abdominales, etc., elle doit être immédiatement séparée des autres et envoyée dans le service de médecine. Ce service est tout à fait isolé du précédent, comme situation, comme personnel, etc. Le service de médecine contient 21 lits, disséminés dans cinq salles. Cinq nourrices en dépendent.

Comme on le voit, les femmes malades sont complètement séparées des autres femmes; c'est ce système d'isolement, qui a permis d'obtenir un abaissement considérable de la mortalité. Cette mortalité, depuis quelques années, n'a été que de 0,97 0/0 en 1884, chiffre qui est bien près du chiffre normal quand on considère qu'à la Maternité, comme à l'hôpital des Cliniques, sont envoyées bien qu'en moins grand nombre, des femmes qui ont déjà subi des manœuvres en ville. En dehors de ces trois services qui relèvent séparément du médecin, de la sage-femme et du chirurgien, ce dernier a un service de gynécologie contenant 10 lits.

L'École d'accouchement possède en moyenne une centaine d'élèves; elle est sous la direction du chirurgien en chef, M. le professeur Tarnier, assisté de Mme Henry, sage-femme en chef. Il y a trois aides sages-femmes, choisies parmi les lauréates des concours, qui sont chargées à tour de rôle de répéter aux élèves les leçons du professeur et de surveiller les accouchements; de plus, les élèves sont divisées en dix séries qui se succèdent toutes les 24 heures à la salle d'accouchement; chaque série a, à sa tête, des *chefs*, nommées au concours parmi les élèves de seconde année; ces chefs ont elles-mêmes pour mission de diriger leurs compagnes, de leur expliquer les difficultés de la théorie et de les initier à la pratique.

Toutes les élèves sont internes : elles ne peuvent sortir que six fois dans l'année accompagnées de leur père, de leur mère, de leur mari ou du correspondant désigné par les ayant-droits. Le prix de la pension, qui était de 600 fr., pour une année, a été élevé à 1,000 fr.. La plupart des élèves restent pendant deux années à la Maternité.

Outre le cours d'accouchement, les élèves suivent des leçons sur les maladies puerpérales et les maladies des nouveau-nés, faites par l'interne en médecine; sur la botanique, faites par le pharmacien en chef; sur l'anatomie et la physiologie élémentaires, faites par l'interne en chirurgie.

Il existe enfin, dans le grand parc de la Maternité, un petit pavillon, construit sur les indications de M. le professeur Tarnier, pavillon à chambres complètement séparées où la surveillance est rendue facile par l'existence de vitres dormantes qui donnent toutes, à chaque étage, sur une pièce centrale où se tiennent les infirmières. Dans ce pavillon, au service duquel est attachée une aide sage-femme, sont réalisées les conditions d'isolement complet, analogues à celles qu'on rencontre dans la pratique civile; il a été inauguré en juin 1876, et il a eu, depuis neuf ans, la visite d'un grand nombre d'accoucheurs français, russes, anglais, allemands, italiens, américains, etc. Ce pavillon a permis d'obtenir les meilleurs résultats.

Maison municipale de santé, rue du Faubourg Saint-Denis, n° 200 : 351 lits. — *Médecins* : MM. Ladbé et Lecorché. — *Chirurgiens* : MM. Marc Sée et Horteloup. Cet établissement ne reçoit que des malades payants. Il n'est accessible qu'aux élèves du service. — L'hôpital possède une *bibliothèque médicale* contenant 516 vol., dont une partie a été léguée en 1875, par M. Demarquay. Elle reçoit du Conseil municipal une subvention annuelle de 400 francs. La Maison municipale de santé possède quatre laboratoires, un dans chaque service de médecine, et un dans chaque service de chirurgie.

Asile Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, boulevard Saint-Jacques, 917 lits. — L'Asile clinique (Sainte-Anne) relève directement de la Préfecture de la Seine et ne dépend pas de l'Administration de l'Assistance publique. — Le personnel médical et administratif est ainsi composé: *Directeur* ; M. le Dr Taule; *Médecins-chefs de service*: MM. Dagonet et Bouchereau (service de l'asile hommes et femmes); M. Magnan (service de l'admission). — *Pharmacien en chef* : M. Quesneville, agrégé à l'Ecole de pharmacie. Médecin-adjoint : M. Dubuisson, chargé du service des bains externes.

La *clinique des maladies mentales* est installée à l'asile, sous la direction de M. le professeur Ball, assisté de M. Gilson chef de clinique responsable du service, conformément aux prescriptions de la loi du 30 juin 1838. — Il existe un laboratoire de la Faculté avec un chef de laboratoire, M. Bellangé. M. Magnan fait également à Sainte-Anne des leçons de clinique mentale. La réouverture des leçons de M. Magnan aura lieu le dimanche 15 novembre, à neuf heures et demie; elles seront continuées les dimanches et mercredis suivants à la même heure; elles auront pour objet, cette année, le *Délire chronique*, la *folie des héréditaires* et la *paralysie générale*, considérés plus particulièrement au point de vue médico-légal.

Asile de Ville-Evrard (Seine-et-Oise). — *Médecin-directeur* : M. Espiau de Lamaestre; *médecins-adjoints*: MM. Schils et Rey. Outre l'asile proprement dit, de 937 lits, il existe un pensionnat.

Asile de Vaucluse (Seine-et-Oise) près Epinay-sur-Orge. — *Médecin-directeur* : M. Bigot; *médecins-adjoints* : MM. Brusque et Camuset. A l'asile de Vaucluse est annexée une *colonie* pour les enfants arriérés et idiots. Elle peut contenir 100 lits. Cette colonie de Vaucluse est sous la direction du Dr Kéraval, médecin-adjoint remplissant les fonctions de médecin chef de service. L'agrandissement projeté de l'ensemble des bâtiments permettra, dès l'année prochaine, d'y traiter 120 malades au moins.

Asile de Villejuif (Seine). — *Service médical* : médecin en chef

(femmes), M. BRIAND; médecin en chef (hommes), M. VALLON. *Service administratif :* directeur administrateur, M. BARROUX.

Médecins, chirurgiens et accoucheurs du Bureau central.

Médecins : MM. BALZER, DÉJERINE, MOIZARD, GOMBAULT, TAPRET, BARTH, LETULLE, CHAUFFARD, OULMONT, DE BEURMANN, MUSELIER, BRISSAUD, MERKLEN, FAISANS, TALAMON, BALLET, BRAULT, BARIÉ, RENAULT, BROCQ, COMBY, CHANTEMESSE.

Chirurgiens : MM. PEYROT, BOUILLY, BLUM, RECLUS, FÉLIZET, RICHELOT, KIRMISSON, SCHWARTZ, REYNIER, SEGOND, QUÉNU, NÉLATON, PRENGRUEBER, CAMPENON, JALAGUIER, BRUN, ROUTIER.

Accoucheurs : MM. CHAMPETIER DE RIBES, DOLÉRIS.

Personnel médical des hôpitaux.

Il se compose : 1° de médecins, chirurgiens et accoucheurs; 2° de prosecteurs (voir AMPHITHÉATRE DES HÔPITAUX, p. 362); d'internes et d'externes en médecine, en chirurgie et en accouchements; 4° de pharmaciens; 5° d'internes en pharmacie. — Tous sont nommés au *concours.* — Nous nous bornerons à donner ici l'extrait des règlements administratifs concernant l'*externat* et l'*internat.*

Externat. Art. 101. — Tout étudiant qui se présente au concours pour les places d'élèves externes doit être âgé de 18 ans au moins et de 26 au plus (1). Toutefois, l'élève qui atteindra 26 ans avant l'expiration de ses fonctions, peut, si sa conduite n'a donné lieu à aucune plainte, être autorisé à concourir de nouveau pour l'externat, et si les épreuves du concours lui sont favorables, être prorogé dans ses fonctions d'externe jusqu'à 28 ans, de telle sorte qu'il puisse conserver la faculté de se présenter au concours de l'internat jusqu'à la limite de l'âge fixée par le règlement. Il doit produire: 1° son acte de naissance; 2° un certificat de revaccination (2) ; 3° un certificat de bonnes vie et mœurs, délivré par le maire de la commune où il est domicilié; 4° le certificat d'une inscription, au moins, prise à l'une des Facultés de médecine. Néanmoins, les étudiants qui se présenteraient sans pouvoir produire encore ce nouveau certificat, seront inscrits provisoirement sous la réserve de justifier de la prise d'une inscription avant la clôture du concours.

Art. 102. — Les élèves externes reçus au concours ont seuls le droit de se présenter pour les places d'élèves internes. Ils ne doivent pas être âgés de plus de 28 ans. Ils ne sont inscrits pour le concours de l'internat que sur le vu des pièces ci-après : 1° un certificat constatant leur service en qualité d'externe au moins depuis le 1er janvier précédent, sans interruption non motivée; 2° des certificats délivrés par les médecins ou chirurgiens et par les directeurs des établissements dans lesquels ils ont fait un service en qualité d'externes et attestant leur exactitude; leur subordination et leur bonne conduite.

Art. 9. — Les épreuves du concours de l'externat sont réglées ainsi qu'il suit : 1° une épreuve orale sur une question d'anatomie descriptive; il sera accordé cinq minutes à chaque candidat pour développer cette question, après cinq minutes de réflexion; 2° une deuxième épreuve orale sur une question élémentaire de pathologie ou de petite chirurgie. Chaque candidat aura également cinq minutes pour traiter cette question, après cinq minutes de réflexion. Le maximum des points à attribuer aux candidats, pour chacune de ces deux épreuves, est fixé à 20.

Afin de permettre aux nouveaux étudiants, candidats aux prochains concours, de mieux se rendre compte de la nature des épreuves, nous allons reproduire la liste des questions qui ont été données aux derniers concours (3).

Concours de 1879. — 1° *Anatomie* : Articulation tibio-tarsienne; — Extrémité supérieure du fémur ; — Grand pectoral et petit pectoral; — Articulation scapulo-humérale; — Artère fémorale; — Os maxillaire inférieur; — Muscles de la région antérieure de l'avant-bras;— Rapports de la vessie; — Conformation extérieure et rapports des poumons;— Os iliaque; — Muscle sterno-cléido-mastoïdien; — Vertèbres cervicales ; — Conformation extérieure et rapports des reins; — Articulation radio-carpienne; — Os du tarse; — Muscle psoas-iliaque; — Le diaphragme.

2° *Pathologie et petite chirurgie* : De l'anthrax; — De la saignée au pli du coude ; — De la scarlatine; — Des fractures de côtes; — Signes et diagnostic de la pleurésie aiguë ;—De l'entorse ; — Le phlegmon diffus; — Fractures de la clavicule; — Vaccination et vaccine : — Luxations de la mâchoire inférieure ; — De la péritonite aiguë;—Des pansements antiseptiques ;—Fracture de l'extrémité inférieure du radius ;—Bronchite aiguë;—Administration du chloroforme.

Concours de 1880. — 1° *Anatomie* : Muscle psoas-iliaque; — Muscle fléchisseur commun des doigts; — Articulation coxo-fémorale ; — Clavicule; — Omoplate; — Articulation tibio-tarsienne; — Muscles jumeaux et soléaire ; — Articulation temporo-maxillaire ;— Os occipital; — Configuration extérieure et rapports des poumons; — Artère carotide primitive; — Muscles fessiers; — Artère fémorale; — Biceps brachial; — Diaphragme.

2° *Pathologie et petite chirurgie* : Symptômes et complications du rhumatisme articulaire aigu: — Entorse; — Administration du chloroforme; — Traitement de l'épistaxis; — Symptômes et diagnostic de la pleurésie aiguë simple; — Saignée du bras ; — Symptômes de la rougeole régulière;— Anthrax ;— Des appareils plâtrés; —Vaccination et vaccine ;—Symptômes de la pneumonie aiguë franche; —Du cathétérisme de la vessie chez l'homme ; — Symptômes des fractures en général.

Concours de 1881. — 1° *Anatomie* : Tibia; — Veines du membre supérieur; — Articulation du coude; — Muscle trapèze du dos; — Articulation de l'épaule; — Crosse de l'aorte; — Squelette de l'orbite; — Muscle grand oblique de l'abdomen; — Articulation tibio-tarsienne; — Muscles adducteurs de la cuisse; — Configuration extérieure et rapports de l'estomac; — Veines du membre inférieur, — Rapports du cœur ; — Muscle sterno-cléido-mastoïdien.

2° *Pathologie et petite chirurgie* : De l'hémoptysie; — Erysipèle de la face; — Diagnostic de la phthisie pulmonaire par la percussion et l'auscultation ;—De l'ascite : symptômes et diagnostic; — Fractures de la clavicule ; — De la chloroformisation; — Symptômes et marche de la pneumonie franche aiguë ; — Confection et application des appareils plâtrés;—Des brûlures;—Fractures de la rotule.

Concours de 1882. — 1° *Anatomie* : Diaphragme ; — Os maxillaire inférieur ; — Articulation scapulo-humérale ; — Os frontal ; — Aorte abdominale ; — Muscle sterno-cléido-mastoïdien ; — Artère fémorale ; — Conformation extérieure et rapports du cœur ; — Articulation du coude ;— Muscle de la paroi abdominale antérieure ;— Veines du membre supérieur ; —Muscle psoas-iliaque ; — Configuration extérieure et rapports des poumons ; — Parois osseuses des fosses nasales ; — Articulation tibio-tarsienne.

2° *Pathologie et petite chirurgie* : Symptômes et diagnostic de la pneumonie franche ; — Examen clinique des urines ; — Signes et diagnostic de l'érysipèle.

Concours de 1883. — 1° *Anatomie* : Extrémité inférieure du fémur; — Crosse de l'aorte; — Rapports de l'estomac ; — Extrémité inférieure des os de l'avant-bras ; — Articulation coxo-fémorale ; — Articulation temporo-maxillaire ; — Artères de la main ; — Muscles grand pectoral et petit pectoral; — Vertèbres dorsales ; — Muscles fessiers; — Rapports des reins; — Veines saphènes ; — Calcanéum et astragale; —Muscle biceps du bras.

2° *Pathologie* : Fracture de l'extrémité inférieure du péroné ; — chloroformisation ;—Erysipèle de la face ;—Fractures de la rotule; — du panaris; — Signes fournis par l'auscultation et la percussion dans la phthisie pulmonaire; — Causes, signes et diagnostic de la péritonite aiguë; — De la manière de faire une autopsie; — Réduction des fractures et soins consécutifs ; — Hydarthrose ; — L'anthrax ; — Des injections hypodermiques ; — Des lavements.

Concours de 1884. — 1° *Anatomie* : Artère fémorale et ses branches ; — Vaccine et vaccination ; — Muscle sterno-cléido-mastoïdien; — Articulation coxo-fémorale, crosse de l'aorte ; — Parois osseuses de l'orbite ; — Configuration extérieure et rapports des poumons; — Articulation tibio-tarsienne ; — Diaphragme ; — Les côtes.

2° *Pathologie* : Symptômes et diagnostic de la pleurésie aiguë ; — Epistaxies et tamponnement des fosses nasales; — Entorse; — Symptômes et diagnostic de la fièvre typhoïde ; — Symptômes et diagnostic de la rougeole ; — Péritonite aiguë ; — Fracture des côtes.

Voici maintenant les articles du règlement relatif aux *internes en médecine et en chirurgie.*

Art. 112. — Les épreuves du concours de l'internat sont réglées comme il est dit ci-après : 1° une épreuve d'admissibilité consistant en une composition écrite sur l'anatomie et la pathologie, pour laquelle il sera accordé deux heures ; 2° une épreuve orale sur les mêmes sujets ; il sera accordé dix minutes à chaque candidat pour développer, après dix minutes de réflexion, la question qui lui sera échue. Le maximum des points à attribuer, pour chacune de ces épreuves, est fixé ainsi qu'il suit : pour la composition écrite, 30 points ; pour l'épreuve orale, 20 points. Ces opérations terminées, le jury procède au classement des candidats.

Questions écrites données en ces vingt-trois dernières années : 1861. Structure du rein; hématurie. — 1862. Région inguinale, signes et diagnostic de l'étranglement intestinal au point de vue médical et chirurgical. — 1863. Muscles intercostaux, leurs usages, fracture des côtes. — 1864. Cordon testiculaire; varicocèle et son traitement. —

***

(1) Le concours de l'externat a lieu habituellement au commencement du mois d'octobre. Les externes sont nommés pour trois ans.

(2) Ce certificat dont nous signalions la nécessité depuis 5 ou 6 ans, a été exigé pour le concours de 1881.

(3) Voir les questions données au concours de 1872 à 1878, dans le *Numéro des Etudiants* de 1883 et 1884.

1865. Diaphragme ; pleurésie. — 1866. Veine porte ; ascite. — 1867. Artères des intestins ; Signes et diagnostic des hémorrhagies intestinales. — 1868. Muscles intrinsèques du larynx ; caractères différentiels des laryngites. — 1859. Médiastin postérieur ; diagnostic du pneumothorax. — 1871. Trachée et bronches ; corps étrangers des voies aériennes. — 1872. Vertèbres cervicales ; signes et diagnostic du mal de Pott. — 1873. Circulation du foie ; cirrhose. — 1874. Rapports de l'œsophage ; ses rétrécissements. — 1875. De l'endocarde et des endocardites. — 1876. Cœcum ; ulcérations intestinales. — 1877. Vaisseaux sanguins du poumon ; gangrène pulmonaire. — 1878. Structure du rein ; diagnostic et valeur séméiologique de l'albuminurie. — 1879. Testicule ; affections tuberculeuses du testicule. — 1880. Voile du palais ; érysipèle spontané de la face. —1881. Col de l'utérus ; polypes de l'utérus. — 1882. Nerf récurrent ; anatomie pathologique ; signes et diagnostic de l'apoplexie pulmonaire. — 1883. Région poplitée ; gangrène sénile. — 1884. Voies biliaires (anatomie et physiologie) ; symptômes, diagnostic et traitement des kystes hydatiques du foie (1).

Le relevé suivant donnera une idée de la nature des questions orales.

Concours de 1880.—Articulation coxo-fémorale ; diagnostic de la coxalgie ;—Glotte, diagnostic du croup ;—Vaisseaux et nerfs de l'utérus ; délivrance ;—Rapports du rectum ; rétrécissement du rectum ;— Valvule iléo-cœcale ; causes et signes des perforations intestinales ; — Espace intercostal ; causes et signes de l'hydro-pneumo-thorax ; — Veine porte ; diagnostic de l'ascite ; — Veines saphènes ; complication des varices des membres inférieurs ; — Rapports de la trachée ; hémoptysie ; — Anneau crural ; hernie crurale ; — Orifice mitral ; signes et diagnostic de l'insuffisance mitrale.

Concours de 1881. — Muqueuse linguale ; muguet ;— Sinus de la dure-mère. Signes et diagnostic de la méningite tuberculeuse ; — Articulation radio-carpienne. Fracture de l'extrémité inférieure du radius (anatomie pathologique et symptômes) ; — Nerfs de la main. Symptômes de l'atrophie musculaire progressive ; — Artères intercostales. Indications et contre-indications de la thoracentèse ; — Muscle psoas iliaque ; Symptômes et diagnostic des abcès par congestion ; — Orifice aortique ; Symptômes de l'insuffisance aortique ; — Glandes et papilles de la peau. Complications de la rougeole.

Concours de 1882. — Nerf lingual ; Stomatite ulcéro-membraneuse ; — Artère mammaire interne ; Signes et diagnostic de la pleurésie purulente ; — Cordon spermatique ; Hydrocèle de la tunique vaginale ; — Mésentère ; complications de la fièvre typhoïde.

Concours de 1883. — 1° Muqueuse utérine en dehors de la grossesse ; diagnostic de la grossesse ; 2° — Glandes de l'intestin grêle, complications de la fièvre typhoïde ; — 3° Rapports de l'œsophage, corps étrangers de l'œsophage ; — 4° Sinus de la dure-mère, signes et diagnostic de la méningite tuberculeuse ; — 5° Nerfs de la main, signes et diagnostic du tétanos ; — 6° Articulation radio-carpienne, complications de la scarlatine ; — 7° Rapports du larynx, laryngite striduleuse ; — 8° Muscles de la langue, signes et diagnostic du cancer de la langue ; — 9° Rapports de la vessie chez la femme, causes et signes de la rétention d'urine ; — 10° Vaisseaux et nerfs du rectum ; — 11° Nerf moteur oculaire commun, sa paralysie ; — 12° Enveloppe du testicule ; hématocèle vaginale ; — 13° Veine porte en dehors du foie, symptômes et diagnostic de l'ictère grave ; — 14° Description du duodénum, symptômes de l'occlusion intestinale.

Concours de 1884. — Artère pulmonaire ; Embolie pulmonaire, causes et signes ; — Muqueuse linguale ; signes et diagnostic de l'angine diphthérique ; — Glande sous-maxillaire ; Signes et diagnostic de la grenouillette.

Prix de l'internat.—Nous devons ajouter que, tous les ans, il y a à l'Assistance publique, un concours entre les internes, et que les prix sont décernés, d'une part, à la première division (internes de 3ᵉ et 4ᵉ années), d'autre part, à la seconde division (internes de 2ᵉ et de 1ᵉʳ années).—Au concours de 1875, on a donné les questions suivantes pour la composition écrite : *Anatomie et physiologie des nerfs de la peau* ; *anatomie pathologique de l'érysipèle* (1ʳᵉ division) ; — *Anatomie et physiologie du nerf phrénique* ; *diagnostic des péricardites* (2ᵉ division). — Concours de 1876 : *Pie-mère ; hémorrhagie méningée* (1ʳᵉ division) ; — *Iris ; lésions traumatiques de l'œil* (2ᵉ division).—Concours de 1877 : *Glandes de la muqueuse stomacale* ; *Valeur séméiologique de l'hématémèse* (1ʳᵉ division). — *Anatomie du lobule pulmonaire* ; *emphysème pulmonaire* (2ᵉ division). — Concours de 1878 : *Glandes du gros intestin, anatomie et physiologie* ; *diagnostic et traitement du cancer de l'intestin* (1ʳᵉ division). — *Anatomie et physiologie du corps thyroïde ; symptômes et physiologie de la maladie de Basedow* (2ᵉ division). — Concours de 1879 : *Structure et physiologie des reins* ; *thromboses veineuses* (1ʳᵉ division).— *Anatomie et physiologie des nerfs du cœur ; causes et symptômes de l'asystolie* (2ᵉ division).—Concours de 1880 : *Structure des ganglions lymphatiques* ; *leucocythémie* (1ʳᵉ division). — *Des glandes de l'intestin grêle ; diagnostic et traitement de l'invagination intestinale* (2ᵉ division). — Concours de 1881 : *Vaisseaux capillaires* ; *embolies capillaires* (1ʳᵉ division) ; — *Artères du cerveau ; paralysie générale* (2ᵉ division). — Concours de 1882 : *Uretère, sécrétion urinaire ; phlegmon périnéphrétique* (1ʳᵉ division) ; — *Muqueuse de l'estomac, anatomie et physiologie ; ulcère simple de l'estomac* (2ᵉ division). — Concours de 1884. — Epreuves écrites : *Cellule hépatique ; accidents du diabète* (1ʳᵉ division) ; — *Valvule iléo-cœcale ; symptômes, diagnostic et traitement de l'étranglement interne* (2ᵉ division). — Epreuve orale : *Luxation congénitale de la hanche ; accidents nerveux du saturnisme* (1ʳᵉ division) ; — *Hernie inguinale ; hydrocèle vaginal ; paralysie de la troisième paire* (2ᵉ division).

En dehors de ces prix, il en existe certains autres dus à des fondations, et dont la plupart sont accordés à celui qui est arrivé premier lors du concours de l'internat. Ces prix sont les suivants : *Prix Arnal* : Livres et instruments donnés au premier externe nommé au concours. Valeur 500 fr. — *Prix Dusol* : Donné au premier interne nommé au concours. Valeur 300 fr. — *Prix Godard* : Boîte ou trousse d'instruments au premier interne nommé au concours. Valeur 200 fr. — *Prix Barbier* : Au premier interne nommé au concours sous la condition qu'il sera attaché au service chirurgical de la Charité. Valeur 1250 fr. environ. — *Prix Burlaud* : Donné à l'un des trois internes reçus 5ᵉ, 6ᵉ ou 7ᵉ au concours, et qui sera désigné par le sort. Valeur 500 fr. (payables par trimestres ; d'ordinaire, les trois élèves partagent le prix). — *Prix Civiale* : Prix biennal de 1000 fr., à l'interne titulaire ou provisoire, auteur du meilleur travail sur les maladies des voies urinaires.

Les renseignements qui précèdent montrent combien l'*externat* et surtout l'*internat* offrent d'avantages scientifiques aux étudiants en médecine, et nous ne saurions trop engager les étudiants laborieux à se préparer aux concours qui permettent d'arriver aux fonctions d'externes et d'internes. Voici les avantages matériels que ces institutions leur présentent.

Internes. — Avant 1882 : 1ʳᵉ et 2ᵉ année, 500 fr. ; 3ᵉ année, 600 fr. ; 4ᵉ année, 700 fr. Depuis le 1ᵉʳ janvier 1882, à la suite d'une proposition de M. Bourneville, adoptée par le Conseil municipal, les indemnités sont les suivantes : 1ʳᵉ année, 600 fr. ; 2ᵉ année, 700 fr. ; 3ᵉ année, 800 fr. ; 4ᵉ année, 1,000 fr.—Les internes sont d'habitude logés. Dans le cas contraire, ils reçoivent une indemnité de 600 fr. — Le nombre des places vacantes, cette année, est de 40 à 45 ; celui des candidats de 328 ; celui des copies remises de 210.

Externes. — 1° Dans les hôpitaux dits du *centre* : Charité, Clinique, Hôtel-Dieu, Pitié, les externes ne reçoivent aucune indemnité ; — 2° Dans les hôpitaux *semi-excentriques*, comme Necker, les Enfants-Malades, Cochin, etc. ; les externes touchent par service 300 fr. par an ; — 3° Dans les hôpitaux *excentriques* (Beaujon, Lariboisière, Saint-Antoine, Trousseau et Saint-Louis) les externes ont une indemnité de un franc par jour. — A la Maison de Santé, les externes ont collectivement par service 300 fr. par an et, de plus, une indemnité individuelle de 300 fr.—Enfin, à Tenon, les externes, vu la grande distance de l'hôpital, touchent exceptionnellement, comme nous l'avons dit, une indemnité de 50 fr. par mois.

Amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux.

La réouverture de cet établissement a eu lieu le 20 octobre : les pavillons de dissection sont mis à la disposition des élèves pour l'étude de l'anatomie. L'amphithéâtre de Clamart, comme on l'appelle le plus souvent, a été spécialement créé pour les élèves de l'Assistance publique, internes et externes : mais tous les étudiants sont admis à suivre les cours qu'on y fait sur les sciences anatomiques. Il est situé rue du Fer-à-Moulin, 17.

Les cours commenceront cette année dans la première semaine de novembre ; le premier, anatomie topographique est fait par M. le Dʳ Tillaux, directeur de l'amphithéâtre de Clamart, chirurgien de l'Hôtel-Dieu. Le cours a lieu tous les lundis et vendredis, à 4 heures de l'après-midi. — M. Ricard, prosecteur, fera le cours de physiologie les mardis et jeudis, à 4 heures. — M. Walther, prosecteur, fera le cours d'anatomie descriptive, les mercredis et samedis, à 4 heures. — M. S[illegible]dey, chef du laboratoire d'histologie, assisté de M. Bo[illegible]rey, fera un cours d'histologie. — L'admini-

(1) Voir les questions de cette année dans les nᵒˢ [illegible] et [illegible] du *Progrès*.

tration met à la disposition des élèves des microscopes et des réactifs pour l'étude de l'histologie. Le cours d'histologie se fait les mardis et vendredis, à 2 heures. Nous rappelerons, en outre, que le musée d'anatomie normale et pathologique de Clamart est ouvert tous les jours de 1 heure à 4 heures. La principale richesse de ce musée consiste dans les nombreuses pièces préparées par les concurrents pour le prosectorat de Clamart. Conservateur du musée M. X....

Asiles d'aliénés de la Seine.

En raison de l'importance de l'Assistance publique à Paris, de la distribution des secours de toute nature, du nombre des établissements hospitaliers, il a été nécessaire de créer une Administration spéciale. En 1849, une loi a confié à cette Administration le service des Enfants assistés et des Aliénés. En 1873, l'Administration de l'Assistance publique, qui était très impopulaire, s'est vu enlever le service des aliénés. Il s'en suit que, aujourd'hui, il existe à Paris deux Administrations de l'Assistance publique, l'une siégeant avenue Victoria, et une autre, limitée au service des aliénés, siégeant à la Préfecture de la Seine. Il en résulte, à tous les égards, de nombreux inconvénients. Les dépenses sont plus considérables et tendent à s'accroître chaque année; on a créé un nouveau Corps médical, un autre groupe d'internes, etc. De là, des tiraillements de toute sorte, des fausses manœuvres, des pertes de temps. Il serait vivement à désirer que tous les services relatifs à l'Assistance publique fussent réunis en un seul groupe. En attendant la réalisation de cette réforme si désirable, nous croyons utile de donner les conditions relatives à l'*internat des asiles*. Depuis 1879, les places d'internes en médecine des asiles d'aliénés de la Seine sont données au concours.

Conditions du concours. — Peuvent prendre part au concours tous les étudiants en médecine âgés de moins de 30 ans et pourvus de 12 inscriptions. Les candidats devront se faire inscrire à Paris, au siége général de la Préfecture de la Seine (Bureau du personnel.) Chaque candidat devra produire les pièces ci-après : 1° Un acte de naissance ; 2° Un extrait du casier judiciaire ; 3° Un certificat de vaccine; 4° Un certificat de bonne vie et mœurs; 5° Un certificat constatant qu'il est pourvu de 12 inscriptions de médecine.

Epreuves. — Les épreuves sont réglées ainsi qu'il suit : *Epreuve d'admissibilité* : 1° Une épreuve écrite de trois heures sur un sujet d'anatomie et de physiologie du système nerveux. Cette épreuve pourra être éliminatoire si le nombre des concurrents dépasse le triple des places vacantes.

Epreuve définitive. 2° Une épreuve orale de quinze minutes sur un sujet de pathologie interne et de pathologie externe, après un quart d'heure de préparation. — Le maximum des points à accorder pour chacune de ces épreuves est fixé ainsi qu'il suit : Pour l'épreuve écrite, 30 points; pour l'épreuve orale, 30 points. Le sujet de l'épreuve écrite est le même pour tous les candidats. Il est tiré au sort entre trois questions qui sont rédigées et arrêtées avant l'ouverture de la séance par le Jury.

Pour les épreuves orales, la question sortie est la même pour ceux des candidats qui sont appelés dans la même séance. Elle est tirée au sort entre trois questions qui sont rédigées et arrêtées par le Jury avant l'ouverture de chaque séance. L'épreuve orale peut être faite en plusieurs jours, si le nombre des candidats ne permet pas de la faire subir à tous dans la même séance. Les noms des candidats qui doivent subir l'épreuve orale sont tirés au sort à l'ouverture de chaque séance. Le jugement définitif porte sur l'ensemble des deux épreuves (écrite et orale). Les premiers reçus au concours sont nommés internes titulaires. La durée des fonctions des internes titulaires est de trois ans. La répartition des internes dans les divers services d'aliénés se fait dans l'ordre de classement établi par le Jury d'examen. Ce mode de répartition assure à presque tous les internes un séjour d'au moins une année sur trois dans un des services de l'asile Sainte-Anne, situé dans l'enceinte de Paris. Un interne ne pourra rester plus de deux ans dans le même service. Tout interne titulaire est autorisé à passer sa thèse de doctorat aussitôt après sa nomination.

Internes provisoires. — Il est nommé, à la suite du Concours et dans l'ordre de mérite, *des internes provisoires chargés de remplacer les internes titulaires en cas d'absence ou d'empêchement.* — La durée des fonctions d'interne provisoire est limitée à une année, à partir du 1er janvier — Les internes provisoires pourront se représenter au Concours pour les places d'interne titulaire. — L'interne provisoire qui passe sa thèse renonce implicitement à se représenter, mais il peut rester en fonctions jusqu'à l'expiration de l'année commencée. — L'interne provisoire reçoit le traitement et les avantages en nature de l'interne titulaire, chaque fois qu'il est appelé à le remplacer. Nous reproduisons les questions écrites et orales données aux concours de 1880 à 1884, afin de donner aux futurs concurrents une idée de la nature des épreuves.

Questions écrites. 1er concours (1880): *Méninges*; — 2e concours (1880): *Nerf de la 5e paire* (anatomie et physiologie) 1881). *Nerf spinal* anatomie et physiologie), — 1881 : 1° *Signes et diagnostic de la pleurésie; signes et diagnostic des fractures de l'extrémité inférieure du radius* ; — 2° *Rougeole, fracture de la rotule.* — Les questions restées dans l'urne étaient : 1er concours : Nerf pneumogastrique ; — Moelle épinière ; — 2e concours : Moelle épinière (anatomie et physiologie) ; — Artères du cerveau. Circulation cérébrale. Concours de 1882 : *Quatrième ventricule* (anatomie et physiologie). Concours de 1883 ; — cordon postérieur de la moelle (anatomie et physiologie). Les deux questions restées dans l'urne étaient ainsi conçues : nerfs du larynx ; — nerfs de la langue.

Questions orales. 1er concours (1880) : De *l'épilepsie. Plaie des artères*; — 2e concours (1881) : *Signes et diagnostic de la fièvre typhoïde. Signes et diagnostic de la fracture du col du fémur.* Les questions restées dans l'urne étaient : 1er concours : De l'insuffisance aortique ; Diagnostic de la hernie étranglée ; Signes et diagnostic de la pneumonie. Corps étrangers de l'œsophage. 3e concours (1882) : Variole ; Signes et diagnostic de la fracture de côtes. Pneumonie franche ; Fracture du radius. — Concours de 1883. Signes et diagnostic de la fièvre typhoïde ; Etiologie, signes et diagnostic du phlegmon diffus ; — signes et diagnostic du cancer de l'estomac.

Les avantages matériels attachés à la situation d'internes dans les asiles publics d'aliénés de la Seine comportent le logement, le chauffage, l'éclairage, la nourriture, et un traitement fixe et annuel de 800 francs.

Médaille d'or de l'internat des asiles. — Le Rédacteur en chef de ce journal, qui a demandé en vain que les internes des asiles fussent fournis par l'Assistance publique et appartinssent au Corps de l'internat des hôpitaux, a insisté pour que le concours, dit de la médaille d'or, eût des avantages plus en harmonie avec les besoins scientifiques de notre époque et que la médaille d'or et les avantages inhérents, c'est à-dire une prolongation de service, fussent remplacés par une *bourse de voyage* (1). M. Hérold, préfet de la Seine, a fait examiner cette proposition par une Commission spéciale qui a émis un avis favorable. En conséquence, il a pris l'arrêté suivant :

Article 1er. — Tous les deux ans, au commencement du mois de novembre, aura lieu entre les internes en médecine des asiles publics d'aliénés de la Seine, un concours pour l'obtention d'une bourse de voyage.

Art. 2. — Seront admis à prendre part à ce concours tous les internes en exercice, ainsi que les Internes ayant accompli 3 années d'internat dans les asiles de la Seine et qui en seraient sortis depuis moins d'un an, au jour de l'ouverture du concours.

Art. 3. — Les candidats qui désireront prendre part au concours devront se faire inscrire au secrétariat général, bureau du personnel. La liste des candidats sera close trois mois avant l'ouverture du concours.

Art. 4. — Le jury sera constitué au moins deux mois avant l'ouverture du concours. Il sera composé de sept membres, savoir : Un tiré au sort parmi les médecins des hôpitaux ; Un tiré au sort parmi les chirurgiens des hôpitaux. Cinq tirés au sort parmi les chef des services ci-après : 1° Le médecin en chef de l'asile de Ville-Evrard ; 2° le médecin en chef de l'asile de Vaucluse ; 3° les trois médecins en chef de Ste-Anne ; 4° le professeur de pathologie mentale à la Faculté de médecine de Paris ; 5° les médecins des quartiers d'aliénés des hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière ; 6° les médecins honoraires des asiles du département et des quartiers de Bicêtre et de la Salpêtrière.

Art. 5. — Dès que la liste des candidats sera close, les membres du jury seront tirés au sort par le Secrétaire général de la Préfecture, assisté de deux membres de la Commission de surveillance des asiles d'aliénés du département. Ce jury pourra, en outre, par une décision spéciale du Préfet, et, s'il y a lieu, être chargé du concours pour l'internat en médecine dans les asiles.

Art. 6. — Les fonctions de membre du jury sont obligatoires, on ne peut en être relevé que pour une cause grave, et tout membre qui abandonnerait ses fonctions ou qui refuserait de faire partie d'un jury serait considéré comme renonçant désormais à siéger dans les concours.

Art. 7. — Tout degré de parenté ou d'alliance entre un concurrent et l'un des membres du jury donne lieu à récusation d'office de la part de l'Administration.

Art. 8. — Les épreuves du concours sont les suivantes : une composition écrite sur un sujet d'anatomie, de physiologie et de pathologie pour laquelle il est accordé deux heures ; 2° une épreuve de clinique mentale. Il est accordé à chaque concurrent, pour l'examen du malade, dix minutes de réflexion et un quart d'heure pour l'exposition ; 3° le candidat remettra au jury un mémoire de pathologie basé sur les observations recueillies dans les services des aliénés pendant son internat.

Art. 9. — Le résultat de ces épreuves sera noté par points. Le maximum des points à attribuer aux candidats est fixé de la manière

(1) Il est vivement à désirer que la *médaille d'or des hôpitaux* soit également remplacée par une *bourse de voyage*; on pourrait faire deux divisions comprenant, l'une les internes qui se destinent à la *médecine*, l'autre ceux qui veulent s'adonner à la *chirurgie*.

suivante : Pour l'épreuve écrite, 30 points ; pour l'épreuve clinique, 30 points ; pour le mémoire, 40 points. Les points du mémoire seront donnés avant l'épreuve clinique.

Art. 10. — Les mémoires manuscrits devront être déposés avant le 15 septembre de l'année pendant laquelle aura lieu le concours, à la Préfecture de la Seine, service des aliénés. Ces mémoires seront aussitôt transmis au Président du jury du concours.

Art. 11. — Le sujet de la composition écrite est le même pour tous les candidats. Il est tiré au sort entre trois questions qui sont rédigées et arrêtées par le jury, avant l'ouverture de la séance. L'épreuve clinique peut être faite en plusieurs jours, si le nombre des candidats ne permet pas de la faire subir à tous dans la même séance.

Art. 12. — Les candidats sont surveillés pendant la composition écrite par un des membres du jury. Tout candidat qui s'est servi, pendant sa composition, de livres ou de notes apportées à la séance, ou qui, en lisant sa composition, en a changé sensiblement le texte primitif, est exclu du concours. Les compositions sont recueillies et mises sous cachet par le membre du jury chargé de la surveillance. Elles sont lues publiquement par leurs auteurs, sous la surveillance à tour de rôle de l'un d'entre eux.

Art. 13. — A la fin de chaque séance, il peut être donné connaissance aux candidats du nombre de points qui leur sont attribués.

Art. 14. — Le montant de la bourse de voyage à accorder au candidat qui aura obtenu le plus grand nombre de points est fixé à deux mille francs.

Art. 15. — L'époque du premier de ces concours sera définivement arrêtée dès que le crédit nécessaire pour couvrir la dépense aura été voté par le Conseil général et inscrit au budget départemental.

Art. 16. — Le lauréat devra déposer à la Préfecture de la Seine, dans le délai d'une année à partir du 1er janvier qui suivra le concours, un rapport contenant ses appréciations sur l'organisation des asiles d'aliénés qu'il aura visités et sur les divers modes de traitement en usage dans ces établissements.

Art. 16. — Le lauréat qui n'aurait pas terminé son stage d'interne, ne jouira de la bourse de voyage qu'après avoir accompli ses trois années d'internat dans les asiles de la Seine.

Art. 18. — Le Secrétaire général de la Préfecture et le Sous-Directeur des affaires départementales sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté dont ampliation sera adressée aux Directeurs des asiles de la Seine. Le premier concours a eu lieu le 22 novembre dernier.

Les concours pour la bourse de voyage ont eu lieu, savoir : le premier concours, le 23 novembre 1882 : M. le Dr Briand a obtenu la bourse avec 82 points, sur un maximum de 100; — le deuxième, le 3 novembre 1884 : M. Vetault, interne à Ste-Anne, a obtenu la bourse avec 83 points.

CONCOURS *pour la nomination à cinq places vacantes d'interne titulaire en médecine dans les asiles publics d'aliénés du département de la Seine (Sainte-Anne, Villejuif, Ville-Evrard, Vaucluse et le Dépôt des aliénés près la Préfecture de Police).* — Le lundi 30 novembre 1885, à midi précis, il sera ouvert à l'Asile Sainte-Anne, rue Cabanis, n° 1, à Paris, un concours pour la nomination à cinq places d'interne titulaire en médecine actuellement vacantes dans lesdits établissements. Les candidats qui désirent prendre part à ce concours devront se faire inscrire à la Préfecture de la Seine, Pavillon de Flore, aux Tuileries (*Bureau du personnel*), — Entrée sous la marquise dans la cour, corridor de droite, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de *onze heures à trois heures*, depuis le jeudi 29 octobre jusqu'au samedi 14 novembre 1885, inclusivement.

Enseignement clinique dans les hôpitaux.

Hôpital des Enfants-Malades. Thérapeutique infantile. — M. le Dr Jules SIMON recommencera son cours de thérapeutique le mercredi 11 novembre à 9 heures. Consultation clinique le samedi.

Chirurgie des enfants. Orthopédie. — M. le Dr de SAINT-GERMAIN recommencera ses conférences cliniques le 12 novembre à 9 heures. Consultations tous les jours. Opérations le jeudi.

Clinique médicale. — M. le Dr A. OLLIVIER, agrégé, recommencera les conférences cliniques le lundi 23 novembre à 9 h. 1/2 et les continuera les lundis suivants à la même heure. — *Lundi* : Leçon à l'amphithéâtre. — *Vendredi* : Leçon au lit du malade. — *Jeudi* : Consultation publique. — *Mardi* : *Policlinique* (salle Ste-Elisabeth), médecine générale infantile. — *Samedi* : *Policlinique* (salle Sainte-Anne), teignes et maladies de la peau.

Cours de pathologie et de clinique infantiles, 149, rue de Sèvres. — M. le Dr DESCROIZILLES a commencé ses leçons le vendredi 6 novembre à 9 heures, à l'Amphithéâtre, et les continuera les vendredis suivants, à la même heure. Examen des malades avant la leçon, salle Saint-Augustin. Le mardi à la consultation, conférence de thérapeutique.

Hôpital Cochin.— Clinique thérapeutique. — M. le Dr DUJARDIN-BEAUMETZ fait pendant le *semestre d'été* un cours de clinique thérapeutique les lundis, mercredis, vendredis, à 10 heures, à l'hôpital Cochin. Le lundi est réservé à une leçon de MM. les Drs BARDET et SAPELIER, chefs du laboratoire, et le vendredi à une leçon d'un des internes attachés au service. Visite et interrogatoire au lit des malades tous les jours, à 9 h. 1/2. Un laboratoire de thérapeutique est à la disposition des élèves qui veulent faire des travaux spéciaux sur ce sujet.

Hôtel-Dieu. — Clinique des maladies des femmes. — M. le Dr T. GALLARD continue dans cet établissement les leçons de clinique médicale et de gynécologie qu'il a inaugurées, il y a 20 ans, à la Pitié. — Les leçons, qui sont plus spécialement consacrées à l'étude des *maladies des femmes*, ont lieu le mardi et le samedi, à 9 heures du matin, dans l'amphithéâtre Desault. Les autres jours, les élèves sont exercés au diagnostic et à l'interrogatoire des malades. Le jeudi est réservé pour la consultation des malades de l'extérieur et l'examen au spéculum. La première leçon aura lieu dans le courant de novembre.

Clinique chirurgicale. — M. le Dr TILLAUX, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, commencera ses leçons de clinique chirurgicale le lundi 16 novembre à 9 heures, et les continuera les mercredi, vendredi et lundi suivants à la même heure.

Hôpital de Lourcine. — Clinique gynécologique et syphiligraphique. — M. le Dr MARTINEAU, médecin de l'hôpital de Lourcine, reprendra, le mercredi 11 novembre, à 9 heures, ses leçons cliniques, Le mardi, à 9 heures, consultation et traitement externe. — *Nota* : MM. les étudiants en médecine recevront, pour assister à la visite des malades et au cours, une carte qui leur sera délivrée par M. le Directeur de l'hôpital.

Hôpital de la Charité. — A partir du 1er janvier M. le Dr LUYS fera, chaque semaine, un cours sur la structure du cerveau et sur es maladies du système nerveux.

Hospice de la Salpêtrière. — Pathologie mentale, avec applications à la médecine légale et à la pratique professionnelle. M. LEGRAND DU SAULLE fait chaque année une dizaine de leçons du 10 mars au 20 mai. Ce cours sera annoncé ultérieurement. — *Thérapeutique des maladies mentales et nerveuses.* M. A. VOISIN fera un cours le dimanche à la Salpêtrière, au mois de janvier 1886. — *Cours public des maladies mentales.* M. le Dr FALRET commencera son cours le dimanche 8 novembre, à 10 heures du matin, et le continuera les dimanches suivants à la même heure. Le jeudi à 9 heures, examen clinique.

Clinique chirurgicale. — M. le Dr TERRILLON fera, pendant l'été des leçons cliniques sur les affections chirurgicales et tumeurs de l'abdomen et des organes génitaux de la femme, les mercredis à dix heures, à la Salpêtrière, opération le samedi pendant toute l'année.

Hôpital Bichat. — Leçons de clinique et de thérapeutique médicales. M. le Dr HENRI HUCHARD reprendra ces leçons tous les dimanches à dix heures à partir du mois de mars 1886.

Hôpital Saint-Louis. — Maladies de la peau : M. le Dr Emile VIDAL. — Le mercredi à 9 heures 1/2 conférence clinique, le mardi à 9 heures consultation, le jeudi à 9 heures 1/2, traitement chirurgical des maladies de la peau : lupus, couperose, chéloïdes, etc. — *Maladies des femmes* : M. le Dr GUIBOUT fait son cours tous les lundis à 9 heures (salle Henri IV). Examen au spéculum, etc. — *Clinique chirurgicale* : M; PÉAN, cours et opérations le samedi à 9 heures.

Asile Sainte-Anne. — M. MAGNAN reprendra ses leçons cliniques sur les *maladies nerveuses et mentales* le dimanche 15 novembre, à 9 heures 1/2 du matin et les continuera les dimanches et les mercredis suivants, à la même heure. Les conférences du mercredi seront consacrées à l'étude pratique du diagnostic de la Folie. Les leçons auront pour objet, cette année, le *délire chronique*, la *folie des héréditaires* et la *paralysie générale*, considérés plus particulièrement au point de vue médico-légal.

ENSEIGNEMENT MÉDICAL LIBRE.

Maladies des oreilles, du nez et du larynx. — Mr le Dr BARATOUX, 17, rue Séguier. Mardi et samedi, de 3 1/2 à 6 heures. Examen des malades et exercices pratiques. — Conférences cliniques sur l'otologie et la laryngologie à partir de novembre.

Cours public et pratique de laryngoscopie et de rhinoscopie. — Le Dr Ch. FAUVEL a commencé ce cours à sa clinique, rue Guénégaud, 13, et le continuera les lundis et jeudis, à 10 heures. Cette clinique a surtout pour objet l'étude des maladies chirurgicales du larynx et des fosses nasales postérieures, ainsi que l'application des nouvelles méthodes de traitement apportées par la laryngoscopie et la rhinoscopie. Le miroir laryngien est éclairé par la lumière de Drummond, afin de permettre à plusieurs personnes à la

fois de bien voir l'image de la région explorée. M. le Dr Coupard, chef de clinique, est à la disposition des assistants pour leur apprendre le maniement des instruments laryngoscopiques et rhinoscopiques.

Maladies des oreilles et du nez. — M. le Dr C. Miot, 41, rue Saint-André-des-Arts : Leçons cliniques les lundis et mercredis, à midi. — Consultations les lundis, mardis, mercredis et vendredis.

Policlinique de chirurgie des femmes. — M. le Dr Berrut, rue de Bellechasse, 29, du 1er novembre au 31 août de chaque année. Le jeudi à 9 heures : Leçon ouverte aux médecins, élèves et sages-femmes, sur la présentation de leur carte; à 10 heures, consultations ouvertes aux élèves inscrits.

Eaux minérales. — M. le Dr Durand-Fardel fera un cours sur les *Eaux minérales et leurs applications au traitement des maladies chroniques*. Ce cours, qui commencera dans le courant de janvier, sera fait en 12 leçons, les mardis et samedis, à 5 heures, à l'amphithéâtre de l'Ecole pratique, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Hygiène publique. — M. le Dr A.-J. Martin fait son cours à l'Ecole pratique pendant le semestre d'été. Sera annoncé ultérieurement.

Ophthalmologie. — M. le Dr Ch. Abadie a commencé ses leçons cliniques d'ophthalmologie à sa clinique, 172, boulevard Saint-Germain, le mardi 3 novembre, à 2 heures; il les continuera les mardis et vendredis suivants à la même heure. Les élèves sont exercés au maniement de l'ophthalmoscope et assistent aux opérations.

Ophthalmologie. — M. le Dr Landolt fera ses opérations et ses conférences cliniques le mercredi et le samedi, de 1 h. à 2 h., à sa clinique, 27, rue Saint-André-des-Arts. — Il fera, de plus, un cours pratique de « chirurgie oculaire » à l'Ecole pratique de la Faculté.

Maladies des yeux et des oreilles. — M. le Dr Boucheron, ancien interne des hôpitaux, commencera le lundi 9 novembre, à 3 heures, un cours élémentaire et complet d'ophthalmologie à sa clinique, 53, rue Saint-André-des-Arts, et le continuera les lundis et vendredis, à la même heure.

Maladies des yeux. — M. Coursserant, 19, rue du Dragon. Consultations publiques, tous les jours, à 1 heure, à sa clinique. Examens ophthalmoscopiques et conférences cliniques le vendredi, à 2 heures.

Maladies des yeux. — M. le Dr Dehenne, 24, rue Monsieur-le-Prince. Tous les jours, visites des malades ; lundi et jeudi, leçons cliniques et opérations à 1 heure 1/2.

Conférences publiques sur l'oculistique. — M. le Dr Fano, agrégé libre de la Faculté de médecine de Paris, continue ses conférences tous les lundis, à 1 heure de l'après-midi, à la clinique de l'Institut ophthalmique de la rue d'Abbeville. Il traitera du diagnostic et du traitement des affections oculaires.

Maladies des yeux. — M. le Dr A. Chevallereau. Examen des malades et exercices pratiques tous les jours, à la clinique, à midi, 14, rue de Birague. Opérations les mercredis et vendredis.

Clinique ophthalmologique (hospice national des Quinze-Vingts). Rue Moreau, 13, près de la Bastille. — Consultation tous les jours à 1 heure ; opérations lundi et mercredi par M. le Dr Fieuzal, médecin en chef.

Clinique ophthalmologique du Dr Galezowski, 26, rue Dauphine — Les conférences cliniques sur les maladies des yeux ont lieu tous les jours, de 1 h. à 3 h. Les lundis, les mercredis et les vendredis sont consacrés aux opérations et à l'étude des maladies externes des yeux ; les jeudis à l'examen ophthalmoscopique, et les samedis à la réfraction et à l'accommodation de l'œil.

Maladies des yeux. — Clinique du Dr Edouard Meyer, 12, rue Jacob. — Consultations et policliniques tous les jours, à 1 h. Conférences cliniques sur des cas choisis et opérations, les lundis et vendredis, à 1 heure, par M. Meyer. Tous les jeudis, à midi, cours public de chirurgie oculaire par M. Virgile Caudron, chef de clinique, qui mettra à la disposition des élèves les instruments nécessaires et leur fera répéter toutes les opérations usuelles. — Les mercredis et samedis : Réfraction et ophthalmoscopie. Exercices pratiques, M. Debierre.

Maladies des yeux. — M. le Dr Parinaud. Clinique, 50, avenue de Clichy. Consultations tous les jours à 1 heure. Conférences et démonstrations le mardi et le vendredi. Cabinet d'ophthalmologie de la Salpêtrière, service de M. Charcot, le mercredi à 9 heures.

Ophthalmologie. Médecine opératoire. — M. le Dr Gillet de Grandmont. Les élèves seront exercés à la pratique des opérations. Ce cours commencera le 16 novembre à 8 heures du soir, amphithéâtre n° 3, et il sera continué les vendredis et lundis suivants à la même heure. — Le Dr Gillet de Grandmont fait aussi un cours pratique tous les jours à sa clinique, 21, rue de l'Ancienne-Comédie, de 1 heure à 3 heures.

Cours complet d'accouchements en 42 leçons, par M. le Dr Bar, accoucheur des hôpitaux, et le Dr Auvard, ancien interne des hôpitaux et de la Maternité. — Ce cours a lieu tous les jours à 4 h. 1/2, 5, rue du Pont-de-Lodi. — MM. les Etudiants sont exercés au diagnostic des présentations et positions, au diagnostic des rétrécissements du bassin, et aux opérations obstétricales.

Cours d'accouchements et de manœuvres. — M. le Dr Verrier, ancien préparateur du cours d'accouchements à la Faculté de Médecine, a recommencé son cours le lundi 19 octobre 1885, à 5 heures, 129, rue Saint-Honoré, près la rue du Louvre. Il le continue tous les jours à la même heure, le jeudi excepté. On s'inscrit de 1 à 3 heures, 129, rue Saint-Honoré. Un nouveau cours recommence toutes les six semaines. — Sujets pour le toucher. — Exercices pratiques avec les anciens et les nouveaux instruments.

Cours d'accouchements. — M. le Dr Stapfer, chef de clinique, a commencé son cours particulier le 1er septembre à 4 heures et le continue tous les jours à la même heure à la clinique de la Faculté. Ce cours, essentiellement pratique même dans sa partie théorique, est complet en deux mois, et sera renouvelé de deux mois en deux mois. S'adresser pour tous renseignements, à la Clinique d'accouchements. — Examen des femmes, diagnostic, conduite à tenir dans les cas simples et compliqués, opérations.

Maladies des enfants. — M. le Dr Bouchut, médecin honoraire de l'hôpital des enfants malades, fera son cours durant l'été, le lundi et le mercredi à 4 heures, 16, rue de l'Odéon.

Maladies des femmes. — M. le Dr Chéron, médecin de Saint-Lazare, recommencera ses leçons cliniques, à sa Clinique, rue de Savoie, n° 9, le lundi 9 novembre, à 1 heure, et les continuera les lundis suivants, à la même heure. Les élèves sont exercés à l'examen des malades.

Technique microscopique (Manipulations pratiques). — Ce cours (particulier) a lieu d'une façon permanente, tous les jours, de 4 à 6 heures, dans le laboratoire du Dr Latteux, 5, rue du Pont-de-Lodi. Essentiellement pratique, il est destiné à mettre les élèves en mesure d'exécuter toutes les manipulations micrographiques et de leur permettre de faire les analyses qu'exige journellement la pratique médicale. Pour cela, ils sont exercés *individuellement* et répètent *eux-mêmes* toutes les expériences. Le cours comprend l'étude des tissus sains et des principaux tissus pathologiques, ainsi que les manipulations de technique proprement dite (montage des préparations, dissections fines, injections histologiques, coupes fines, etc.). Chaque élève prépare une collection de pièces microscopiques, qui lui servent de types et qu'il emporte, comme preuve de son travail, le cours terminé. — Le cours comprend trente leçons. — Les microscopes et les instruments nécessaires sont à leur disposition. — On s'inscrit chez le Dr Latteux, 4, rue Jean-Lantier, de une heure à 2 heures.

Maladies des voies urinaires. — M. le Dr Dubuc fera un cours complet de pathologie et de chirurgie de l'appareil urinaire. Affections de l'urèthre, de la prostate, de la vessie ; affection calculeuse et lithotritie. Ce cours comprendra 35 leçons environ, aura lieu les mardi, jeudi et samedi, à 5 h., amphithéâtre n° 3 de l'Ecole pratique.

Maladies de l'appareil urinaire. — M. le Dr H. Picard commencera son cours le lundi 9 novembre, à 5 h., 13, rue Suger. — Lundi et vendredi. — Le cours aura lieu en 6 leçons. — Les élèves seront exercés aux manipulations nécessaires à l'analyse chimique des urines.

Maladies de la peau. — M. le Dr Henri Roussel fait une conférence clinique sur les maladies de la peau, tous les vendredis, à 4 h., 62, rue Tiquetonne. — Examen des malades les lundis, mercredis et vendredis, de 2 à 5 h.

Ecole pratique. — Electrothérapie et gynécologie. — M. le Dr Apostoli fera, pendant le semestre d'été, un cours tous les mercredis à 3 heures.

Clinique gynécologique et électrothérapique, 19, rue du Jour (aux Halles). — M. le Dr Apostoli fera tous les jeudis, à 3 heures, une *leçon clinique* avec examen de malades. — Consultations gratuites et publiques les mardis, jeudis et samedis, de 2 à 5 heures.

Embryogénie et tératogénie. — M. le Dr Dareste commencera ses conférences au laboratoire de tératologie (15, rue de l'Ecole-de-Médecine) au printemps de 1886. L'ouverture de ces conférences sera annoncée par une affiche spéciale. — Le laboratoire est ouvert à toutes les personnes qui désirent s'occuper d'études d'embryogénie. Tous les instruments du laboratoire, ainsi que toutes les pièces de la collection (aujourd'hui très nombreuses), sont mis à la disposition des élèves. La seule condition que l'on demande aux élèves est de se conformer au règlement de l'Ecole des hautes études.

Chirurgie dentaire. — M. le Dr Aguilhon de Sarran reprendra son cours spécial pour les élèves en médecine, dans la seconde quinzaine de janvier 1886, à sa clinique, 13, rue Suger. La date sera fixée ultérieurement.

COLLÈGE DE FRANCE.

Cours d'anatomie générale. — M. Ranvier, professeur, sera remplacé cet hiver par M. Malassez qui traitera du sang et des voies circulatoires. Les leçons auront lieu les mardis et jeudis, à 4 heures. Des démonstrations pratiques seront faites par le professeur, aidé de M. Suchard, préparateur.

Laboratoire d'histologie (dépendant de l'Ecole pratique des hautes études). — M. Ranvier, directeur; M. Malassez, directeur-adjoint; MM. Darier, Vignal, répétiteurs. Ce laboratoire est surtout destiné aux personnes qui veulent faire des recherches originales, soit en histologie normale, soit en histologie pathologique. On s'y inscrit chaque jour de la semaine, de 2 à 4 heures.

Cours de médecine expérimentale. — M. Brown-Séquard, professeur, sera remplacé cet hiver par M. d'Arsonval, qui traitera de la chaleur animale et des effets de la chaleur (physiologie et pathologie), les mardis et vendredis à 4 h. 1/2 du soir. Le cours commencera le mardi 8 décembre. — Le Laboratoire de M. Brown-Séquard n'est pas public.

Laboratoire de physique biologique. — M. d'Arsonval, directeur; n'est pas public.

Cours d'histoire naturelle des corps organisés. — M. Marey, professeur en congé, sera remplacé cet hiver par M. François Franck qui s'occupera de la circulation du sang dans le cerveau (physiologie et déductions pathologiques) les lundis et vendredis à 4 h. 1/2

Laboratoire de physiologie (Ecole pratique des hautes études). — M. Marey, directeur; M. François-Franck, directeur-adjoint. Ce laboratoire est un laboratoire de recherches, surtout destiné aux personnes qui, ayant déjà quelque habitude des manipulations physiologiques, veulent étudier les phénomènes de la circulation et du mouvement, au moyen des appareils enregistreurs.

Cours d'embryogénie comparée. — M. Balbiani, professeur, traitera des travaux récents sur la génération et le développement des mammifères, les mardis et jeudis à 1 h. 1/2. Des démonstrations pratiques seront faites à la fin du cours par le professeur, aidé de M. Henneguy, préparateur.

Cours de chimie organique. — M. Berthelot, professeur, traitera de la thermo-chimie, les lundis et vendredis, à 10 h. 1/2.

Cours de chimie minérale. — M. Schützenberger, professeur, traitera des lois générales de la chimie et de leurs applications à quelques cas particuliers, les mardis et samedis, à 1 h. 1/2.

Les laboratoires de MM. Berthelot et Schützenberger ne sont pas publics.

Nota. — Les cours du Collège de France ne commencent que dans les premiers jours de décembre; nous donnerons en temps voulu les jours et heures des cours sus-énoncés.

FACULTÉ DES SCIENCES DE PARIS.

Premier Semestre. — Les Cours de la Faculté ont été ouverts le jeudi 5 novembre 1885, à la Sorbonne.

Géométrie supérieure. — Les mercredis et vendredis, à 10 h. 1/2, M. G. Darboux, professeur, ouvrira ce cours le mercredi 11 novembre. Il traitera des principes de la géométrie infinitesimale et en particulier de la théorie générale des surfaces.

Calcul différentiel et Calcul intégral. — Les lundis et jeudis, à 8 h. 1/2. M. Picard, chargé du cours, ouvrira la première partie de ce cours le jeudi 5 novembre. Il exposera les principes généraux du Calcul différentiel et du Calcul intégral et étudiera leurs applications analytiques et géométriques comprises dans le programme de la licence.

Mécanique rationnelle. — Les mercredis et vendredis, à 8 h. 1/2. M. Appell, chargé du cours, a ouvert la première partie de ce Cours le vendredi 6 novembre. Il traite de la composition des forces et des lois générales de l'équilibre et du mouvement.

Astronomie mathématique et mécanique céleste. — Les mardis et samedis, à 10 h. 1/2. M. Tisserand, professeur, ouvrira ce cours le mardi 10 novembre. Il s'occupera des mouvements des corps célestes autour de leurs centres de gravité; il considèrera en particulier le cas de la terre et celui de la lune.

Calcul des probabilités et Physique mathématique. — Les lundis et jeudis, à 10 h. 1/2. M. Lippmann, professeur, ouvrira ce cours le lundi 9 novembre. Il traitera de la thermodynamique et de la capillarité.

Mécanique physique et expérimentale. — Les mardis et samedis, à 8 h. 1/2. M. Poincaré, chargé du cours, ouvrira la première partie de ce cours le samedi 7 novembre. Il traitera de la Cinématique et de ses applications à la Théorie des mécanismes.

Physique. — Les mardis et samedis à 1 h. 1/2. M. N..., professeur, ouvrira ce Cours le samedi 7 novembre. Il traitera de la chaleur, du magnétisme, de l'électricité, de l'électro-magnétisme et de leurs principales applications. Des manipulations et des conférences qui sont dirigées pendant toute l'année par le professeur commenceront dans la seconde quinzaine de novembre.

Chimie. Ce cours aura lieu rue Michelet, n° 3. — Les lundis et jeudis, à 1 h. M. Troost, professeur, a ouvert ce Cours le jeudi 5 novembre. Il expose les lois générales de la chimie et les principes de la thermochimie; il fait l'histoire des métalloïdes et de leurs principales combinaisons. Des manipulations, qui sont dirigées pendant toute l'année par le professeur, commenceront dans la seconde quinzaine de novembre.

Chimie. Ce cours aura lieu rue Michelet, n° 3. — Les mercredis et vendredis à 2 h. 1/2. — M. Debray, professeur, a ouvert ce cours le vendredi 6 novembre. Il traite des métaux et de leurs principaux composés.

Zoologie, Anatomie, Physiologie comparée. — Les mardis et samedis, à 3 h. 1/2. M. de Lacaze-Duthiers, professeur, ouvrira ce cours le samedi 7 novembre. Il fera la 3e partie du cours: mollusques, rayonnés, protozoaires, et dirigera pendant toute la durée de son cours les manipulations qui se font tous les jours dans son laboratoire.

Physiologie. Ce cours aura lieu rue de l'Estrapade, 18. — Les lundis et vendredis à 3 h. 1/2. — M. Paul Bert, professeur, a ouvert ce cours le vendredi 6 novembre. Il traitera de la physiologie des organes des sens au point de vue expérimental. Il s'occupera ensuite de la génération et du développement.

Cours Annexe.

Chimie biologique. — Les mardis et jeudis, à 2 heures et demie, M. Duclaux, maître de conférences, a ouvert ce cours le jeudi 5 novembre, dans l'amphithéâtre de mathématiques. Il traite de l'étude des propriétés biologiques des microbes.

Conférences.

Les conférences annuelles commenceront le lundi 9 novembre. Les étudiants n'y sont admis qu'après s'être inscrits au secrétariat de la Faculté et sur la présentation de leur carte d'entrée.

Sciences mathématiques. — M. Raffy, maître de conférences fera des conférences sur le Calcul différentiel et le Calcul intégral, les mercredis et samedis, à 3 heures, le mercredi, dans la salle des Conférences, le samedi, dans l'Amphithéâtre de mathématiques. — M. P. Puiseux, maître de conférences, fera des conférences sur la Mécanique et l'Astronomie, les lundis et vendredis, à 3 heures, dans la salle des Conférences.

Sciences physiques. — M. Mouton, maître de conférences, fera des conférences de physique les lundis, mercredis, jeudis et vendredis, à 9 heures, dans le laboratoire d'enseignement de physique. — M. N. ., maître de conférences, donnera des développements sur diverses questions de physique traitées au cours ou indiquées par M. le professeur Jamin; ces conférences auront lieu les lundis et jeudis, à 4 heures, dans l'amphithéâtre d'histoire naturelle. — M. Joly, maître de conférences, fera des leçons de chimie analytique, les lundis à 1 heure, dans l'amphithéâtre de physique, et des conférences sur des sujets indiqués par MM. les professeurs Troost et Debray les samedis à 10 heures 1/2, dans la salle des Conférences. — M. Salet, maître de conférences, fera, les mardis et samedis, dans la salle des Conférences, à 3 h. 1/2, des conférences sur différents points de chimie. — M. Riban, maître de conférences, directeur adjoint du laboratoire de chimie: les travaux ont lieu tous les jours, de 9 heures à midi et de 1 heure à 5 heures, au laboratoire de la rue Michelet, n° 3. — Les manipulations pour la licence les lundis, mercredis, jeudis et vendredis, à 9 heures. — M. Jannettaz, maître de conférences, fera des conférences sur la minéralogie, les mardis et samedis, à 8 heures et demie, dans le laboratoire de minéralogie.

Sciences naturelles. — M. J. Chatin, maître de conférences, fera, les lundis et jeudis, à 10 heures, dans l'amphithéâtre d'histoire naturelle des conférences sur diverses parties de l'étude anatomique et physiologique des animaux. M. Joliet, maître de conférences. M. Pruvot, suppléant, fera, les jeudis (salle des Conférences), à 3 heures et les samedis à 10 heures, au laboratoire de zoologie, des conférences sur les sujets indiqués par M. le professeur De Lacaze Duthiers. — M. Vesque, maître de Conférences, fera, dans la salle des conférences, les lundis et jeudis, à midi, des Conférences ou surveillera des exercices pratiques, sous la direction de M. le Professeur Duchartre. Les élèves seront exercés particulièrement à l'emploi du microscope et aux préparations. — M. Velain, maître de conférences, fera, dans la salle des Conférences, les lundis et jeudis, à 9 heures, des conférences sur les diverses parties de la géologie. Les élèves seront exercés à la détermination des roches et des principaux fossiles caractéristiques des terrains, les mardis, mercredis, vendredis et samedis, de 9 h. à 11 h. 1/2.

Jours et heures des cours et des conférences.

Lundi: MM. Picard, 8 h. 1/2; Mouton, 9 h; Riban, 9 h.;

Velain, 9 h.; Chatin, 10 h.; Lippmann, 10 h. 1/2; Vesque, 12 h. Joly, 1 h.; Troost, 1 h.; P. Puiseux, 3 h.; Paul Bert, 3 h. 1/2; N..., 4. h.

Mardi : MM. Poincaré, 8 h. 1/2; E. Jannettaz, 8 h. 1/2; Tisserand, 10 h. 1/2, N..., 10 h. 1/2; Duclaux, 2 h. 1/2; De Lacaze-Duthiers, 3 h. 1|2; Salet, 3 h. 1/2.

Mercredi : MM. Appell, 8 h. 1/2; Mouton, 9 h.; Riban, 9 h.; Darboux, 10 h. 1/2; Debray, 2 h. 1/2; Raffy, 3 h.

Jeudi : MM. Picard, 8 h. 1/2; Mouton, 9 h.; Riban, 9 h.; Velain, 9 h.; Chatin, 10 h.; Lippmann, 10 h. 1/2; Vesque, 12 h; Troost, 1 h.; Duclaux, 2 h. 1/2; Pruvot, 3 h, ; N..., 4 h.

Vendredi : MM. Appell, 8 h. 1/2; Mouton 9 h.; Riban, 9 h.; Darboux, 10 h. 1/2; Debray, 2 h. 1/2; P. Puiseux, 3 h.; Paul Bert, 3 h. 1/2.

Samedi : MM. Poincaré, 8 h. 1/2; Jannettaz, 8 h. 1/2; Pruvot, 10 h.; Tisserand, 10 h. 1/2; Joly, 10 h. 1/2; N..., 1 h. 1/2 Raffy, 3 h.; De Lacaze-Duthiers, 3 h. 1/2; Salet, 3 h. 1/2.

Seront professés pendant le second semestre :

Les cours d'Algèbre supérieure, par M. Hermite; — de calcul intégral, par M. Picard, chargé du cours; — d'astronomie physique, par M. O. Bonnet; — de mécanique, par M. Appell, chargé du cours; — de physique mathématique. par M. Lippmann; — de mécanique physique et expérimentale, par M. Poincaré, chargé du cours; — de physique (seconde partie), par M. Jamin; — de chimie organique, par M. Friedel; — de minéralogie, par M. Hautefeuille; — de zoologie, anatomie, physiologie comparée, par M. N...; de botanique, par M. Duchartre; — de géologie, par M. Hébert; — de physique céleste (cours annexe), par M. Wolf, chargé du cours.

Les candidats aux baccalauréats ès sciences doivent s'inscrire au secrétariat de la Faculté; les registres sont clos irrévocablement cinq jours avant l'ouverture des sessions.

Les sessions pour les divers baccalauréats s'ouvriront: l'une, le 10 juillet 1886; l'autre, le 25 octobre 1886. Le registre des inscriptions prescrites pour la licence sera ouvert, au secrétariat de la Faculté, les quinze premiers jours des mois de novembre, janvier, avril et juillet. — Les sessions pour les trois licences auront lieu : la première en octobre 1885; la deuxième, du 1er au 31 juillet 1886. Les candidats sont tenus de s'inscrire au secrétariat de la Faculté. L'inscription est close huit jours avant l'ouverture de la session.

INSTITUT D'ANTHROPOLOGIE.

Le siège de cet Institut est rue de l'Ecole-de-Médecine. 15, dans le même bâtiment que le musée Dupuytren. Il comprend réunis dans le même local :

I. Société d'anthropologie de paris. — Cette Société tient ses séances le 1er et 3e jeudi de chaque mois, à 3 heures. On y traite les questions les plus variées d'anatomie humaine et comparée, d'ethnographie, de géographie médicale, de démographie, de linguistique, d'archéologie surtout préhistorique, etc., en un mot, tous les faits se rapportant à l'étude de l'homme.

Président, pour 1885, M. Hamy; *secrétaire général*, M. Topinard. — Le *Progrès médical* donne le compte rendu des séances et l'analyse des questions qui touchent plus particulièrement à la médecine.

II. Ecole d'anthropologie. — Année 1885-1886.

Ouverture des cours le lundi 9 novembre 1885, à 4 heures, au siège de la *Société d'antrhopologie*, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Anthropologie zoologique. —Professeur: M. Mathias Duval, le vendredi 13 novembre 1885, à 5 heures, et les vendredis suivants. — Anthropogénie et embryologie comparée; le Blastoderme et les premières phases du développement.

Anthropologie générale. — Professeur: M. Paul Topinard, le mardi 10 novembre 1885, à 4 heures, et les mardis suivants. — Du type et de la race. — *Première partie*, analytique; des races de l'Europe depuis les temps préhistoriques jusqu'à nos jours. — *Deuxième partie*, synthétique: succession et transformation des races dans le temps, leur passé et leur avenir,

Ethnologie. — Professeur: M. E. Dally, suppléé par M. L. Manouvrier, le mercredi 11 novembre 1885, à 4 heures, et les mercredis suivants. — Craniologie ethnique: Description et Interprétation des formes normales et anormales du crâne.

Anthropologie préhistorique. — M. G. de Mortillet, professeur, ancien président de la Société d'anthropologie, attachés au musée de Saint-Germain, le lundi 9 novembre 1885, à 8 heures du soir, et les lundis suivants. — L'homme tertiaire: Origine de l'homme.

Nota. — Ce cours sera accompagné de nombreuses projections.

Géographie médicale. — Professeur: M. A Bordier, le samedi 14 novembre 1885, à 4 heures et demie, et les samedis suivants. —Action générale des milieux.

Histoire des civilisations. — Professeur: M. C. Letourneau, le lundi 9 novembre 1885, à 4 heures, et les lundis suivants. — Evolution et ethnographie de la morale.

Le cours d'*Anthropologie linguistique* de M. Hovelacque, professeur, aura lieu dans le semestre d'été. — La bibliothèque et le musée d'anthropologie (musée Broca) sont ouverts les lundis, mercredis et vendredis de 2 heures à 4 heures. — Tous les cours son publics.

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE.

Programme des cours pour l'année classique 1885-1886

Cours du premier semestre.

Cours de chimie appliquée aux corps inorganiques. — M. Frémy, professeur. — Le professeur étudiera cette année les principaux métaux. Ce cours aura lieu le Mercredi, à deux heures et demie. Conférences deux fois par semaine. Manipulations tous les jours.

Cours de physique végétale. — M. Georges Ville, professeur. — Le cours comprendra deux parties. Dans la première, le professeur traitera des conditions physiques et chimiques qui déterminent la production des végétaux.—Dans la seconde, le professeur traitera de la fabrication des engrais chimiques et de leur application raisonnée. Il s'occupera en particulier des modes de culture les plus propres à porter le rendement des récoltes de céréales à la limite la plus élevée. Ce cours aura lieu les Lundis et Vendredis à trois heures.

Cours de botanique. — (*Organographie et physiologie végétale*). M. Ph. Van Tieghem, professeur. — Le professeur traitera des éléments de la Botanique générale. Ce cours aura lieu les Mardis, Jeudis et Samedis, à huit heures et demie.

Cours d'anatomie comparée. — M. G. Pouchet, professeur. —Le professeur traitera du squelette et des dents envisagés dans les différents types d'animaux vivants et fossiles, comme base de l'Anatomie comparée d'après les travaux de Cuvier et de De Blainville. Les leçons auront lieu les Mardi et Jeudi de chaque semaine, à neuf heures trois quarts du matin, dans le laboratoire d'anatomie comparée, 55, rue de Buffon. Le Samedi, conférence pratique à la même heure.

Cours de zoologie. — *Reptiles, batraciens et poissons.* M. Léon Vaillant, professeur. — Le professeur traitera de l'organisation, de la physiologie et de la classification des poissons de l'époque actuelle et fossiles, en s'attachant à faire connaitre les applications à l'économie domestique, l'industrie, etc. Les leçons auront lieu les Mardis, Jeudis et Samedis, à une heure. Elles seront complétées par des Conférences pratiques.

Cours de zoologie. — *Animaux articulés.* — M Emile Blanchard, professeur. — Le professeur traitera des caractères zoologiques, de l'anatomie et de la physiologie des animaux articulés. Il exposera en particulier l'histoire des insectes les plus industrieux, des espèces utiles et des espèces nuisibles. Ce Cours aura lieu les Lundis, Mercredis et Vendredis, à une heure.

Cours de zoologie. — *Annélides, mollusques et zoophytes.* — M. Edmond Perrier, professeur. — Le professeur traitera. soit dans des leçons, soit dans des conférences pratiques, de l'organisation, du développement et de la classification des annélides, mollusques et zoophytes. Ce cours aura lieu les Lundis et Jeudis, à dix heures trois quarts.

Cours de culture. — M. Maxime Cornu, professeur. — Le professeur traitera des principales opérations culturales et des procédés employés dans la multiplication des végétaux. Ce cours aura lieu les Mercredis et Vendredis, à neuf heures.

Cours du second Semestre.

Cours de chimie appliquée aux corps organiques. — M. Chevreul, professeur. — Le professeur commencera ce cours dans le courant du mois de mai Ce cours aura lieu les Mardis, Jeudis et Samedis, à neuf heures trois quarts. Le cours est divisé en trois parties. 1re Partie. — Histoire des principes immédiats constituant les plantes et les animaux. — Définition de l'espèce chimique, simple et complexe. Combinaisons définies exprimées par des *atomes* ou par des *équivalents*. — Différence entre les *atomes* et les *équivalents* eu égard au degré de certitude. — Combinaisons indéfinies. — Affinité capillaire eu égard aux solides, aux gaz, aux liquides. — Nature des principes immédiats les plus importants. — Propriétés: comburante et combustible, acidité et alcalinité, neutralité, — comburantes simple et complexe, combustibles simple et complexe. — 2e Partie. — *Organes* considérés au point de vue immédiat, solides et liquides. — La science laisse beaucoup à désirer au point de vue de leur histoire quant à la distinction de leurs principes immédiats et quant à l'histoire physiologique des solides et des liquides. — 3e Partie. — Applications des connaissances précédentes à la physiologie des plantes et des animaux. — Animaux au point de vue de la *nutrition*,

préparation des aliments. Notions sur la cuisson. — Poisons, virus, médicaments. — *Plantes* au point de vue de la physiologie, assimilation du carbone. — Considération du sol. — Fumiers, préparation. — Amendements et engrais considérés au point de vue complémentaire. — *Engrais* dits *chimiques*; ce qu'ils sont réellement

Cours de physique appliquée à l'Histoire naturelle. — M. Ed. Becquerel, professeur. — Le professeur traitera de la lumière dans ses rapports avec les phénomènes physiques, chimiques et physiologiques. Ce cours aura lieu les Lundis, Mercredis et Vendredis, à une heure.

Cours de géologie. — M. Daubrée, professeur. — Le professeur traitera des faits fondamentaux de la géologie, et particulièrement des phénomènes mécaniques qui ont agi sur l'écorce terrestre, ainsi que du métamorphisme. Il décrira aussi la constitution géologique des environs de Paris. Ce cours aura lieu les Mardis et Samedis, à quatre heures et quart.

Cours de minéralogie. — M. des Cloizeaux, professeur. — Après avoir exposé les propriétés générales des minéraux et les principes qui servent de base à leur classification, le professeur fera l'histoire des espèces comprises dans la classe des pierres Ce cours aura lieu les Mercredis et Vendredis, à quatre heures trois quarts. Des conférences auront lieu le Jeudi.

Cours de physiologie végétale appliquée à l'agriculture. — M. Deherain, professeur. — Le professeur traitera du développement des végétaux. — Germination. — Assimilation du carbone, de l'azote, des matières minérales. — Formation des principes immédiats. — Respiration. — Transpiration. — Maturation. — Etude particulière de quelques plantes de grande culture. — Les méthodes analytiques employées dans les recherches de physiologie végétale seront l'objet de démonstrations pratiques dans le Laboratoire. Ce cours aura lieu les Mardis et Samedis, à deux heures.

Cours de Botanique (classifications et familles naturelles). — M. Ed. Bureau, professeur. — Le professeur fera deux séries de leçons : dans la première série, il continuera à traiter de la botanique fossile et de ses rapports avec la géographie botanique; dans la seconde, il exposera l'histoire des familles de plantes appartenant au groupe des dicotylédones polypétales. Ce cours aura lieu les Mardis et Samedis, à midi et demi. Des herborisations font partie du cours et seront annoncées par des affiches spéciales.

Cours de zoologie. — Mammifères et oiseaux. — M. A. Milne Edwards, professeur. — Ce cours portera sur l'organisation et la classification des oiseaux. Il aura lieu pendant le semestre d'été les Lundis, Mercredis et Vendredis, à deux heures, dans la salle des cours de zoologie. Il sera complété par des conférences faites dans le laboratoire ou dans la ménagerie et indiquées par des affiches spéciales.

Cours de physiologie générale. — M. Rouget, professeur. — Le professeur traitera de la nutrition chez les végétaux et les animaux. — La respiration. — Les synthèses organiques. — La glycogénie. Ce cours aura lieu les Mardis, Jeudis et Samedis.

Cours de Paléontologie. — M. A. Gaudry, professeur. — Le professeur étudiera la paléontologie des environs de Paris. Ce cours aura lieu les Mercredis et Vendredis, à trois heures et demie.

Cours d'anthropologie. — M. de Quatrefages professeur. — Le professeur reprendra l'examen des questions générales de l'Anthropologie. Ce cours aura lieu les mardis, jeudis et samedis, à trois heures.

Cours de pathologie comparée. — M. Bouley, professeur. — Le professeur traitera des maladies contagieuses dans les différentes espèces et de l'influence des travaux de laboratoire sur les progrès de la médecine d'observation. Ce cours aura lieu les Mardis et Samedis, à dix heures.

Cours de dessin appliqué à l'histoire naturelle. — M. Fremiet, pour les *Animaux.* — Ce cours, qui se fait pendant le second semestre, aura lieu les Lundis, Mercredis et Vendredis, à trois heures. — M. Le Sourd-Beauregard, pour les *Plantes.* — L'ouverture de ce cours, qui dépend de la marche de la saison, sera annoncée par une affiche particulière. Il aura lieu les Mardis, Jeudis et Samedis, à une heure et demie.

La bibliothèque du Muséum est ouverte aux lecteurs, de 10 à 4 heures, tous les jours, excepté les Dimanches et Jours fériés.

ECOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE

Année scolaire 1885-1886. — *Cours du premier semestre.*

Zoologie. M. A. Milne-Edwards, professeur, mardi et samedi (jeudi, conférence dans la salle des collections) à midi 1/2. — Anatomie et physiologie des animaux. Amphithéâtre du Sud.

Histoire naturelle des médicaments. M. Planchon, professeur, lundi, mercredi et vendredi, à 4 heures. — Produits fournis par les familles depuis les labiées jusqu'aux renonculacées. Amphithéâtre du Nord.

Chimie minérale. M. Riche, professeur, mardi, jeudi et samedi, à 4 h. 1/4. — Généralités de la chimie. — Métalloïdes et leurs composés. Amphithéâtre du Nord.

Physique. M. Le Roux, professeur, mardi, jeudi, samedi, à 2 h. 3/4. — Propriétés générales ; acoustique et optique. Amphithéâtre du Sud.

Pharmacie galénique. M. Bourgoin, professeur, lundi, mercredi et vendredi, à 8 h. 1/2. — Coup d'œil sur l'histoire de la pharmacie depuis l'antiquité jusqu'à nos jours. — Opérations pharmaceutiques. — Médicaments pour usage externe. Amphithéâtre du Sud.

Chimie analytique (cours complémentaire). M. Prunier, agrégé, lundi, mercredi, vendredi à 9 h. 1/2. — Résumé de l'analyse minérale qualitative. — Analyse quantitative. — Méthodes volumétriques. — Procédés spéciaux. — Analyse des gaz. — Analyse organique et biologique. — Lait. — Sang. — Urine, etc. Amphithéâtre du Nord.

Travaux pratiques. — La haute direction des travaux pratiques appartient à MM. les professeurs : Riche, pour la première année. Jungfleisch, pour la deuxième année. Chatin, pour la troisième année (micrographie). — M. Leidié, maître de conférences et chef des travaux. M. Lextrait, chef des travaux chimiques. M. Hérail, maître de conférences et chef des travaux. — 1re année. *Chimie.* — 2e année. *Chimie.* — 3e année. *Botanique.* Lundi, mercredi et vendredi, de midi à 4 heures. Laboratoires. — 4e année : Les candidats au diplôme supérieur, élèves de 4e année, sont autorisés à participer, dans les différents laboratoires de l'Ecole, et d'une manière permanente, à tous les travaux et exercices utiles à leurs études.

Résumé des jours et heures des cours du 1er semestre. Lundis : MM. Planchon, 4 h.; Bourgoin, 8 1/2 ; Prunier, 9 h. 1/2. — Mardis : MM. A. Milne-Edwards, midi 1/2; Riche, 4 h. 1/4.; Leroux, 2 h. 3/4. — Mercredis : MM. Planchon, 4 h.; Bourgoin, 8 h.1/2 ; Prunier, 9 h.1/2. — Jeudis : MM. A. Milne-Edwards, midi 1/2; Riche, 4 h. 1/4.; Leroux, 2 h. 3/4. — Vendredis : MM. Planchon, 4 h.; Bourgoin, 8 h. 1/2; Prunier, 9 h. 1/2. — Samedis : MM. A. Milne-Edwards, midi 1/2; Riche, 4 h. 1/4 ; Leroux, 2 h. 3/4.

Cours du second semestre.

Botanique phanérogamique. M. Chatin, professeur, mardi et jeudi (la leçon du samedi est remplacée par une herborisation qui a lieu le dimanche), à midi 1/2. — Le professeur s'occupera plus spécialement cette année de l'organographie, de l'anatomie et de la physiologie. Amphithéâtre du Nord.

Toxicologie. M. Bouis, professeur, mardi, jeudi et samedi, à 3 h. 1/2. Généralités et procédés de recherches des divers poisons minéraux. Gaz anesthésiques, acides organiques, alcaloïdes et matières toxiques végétales ou animales. Applications du microscope et du spectroscope à la recherche des taches de sang, etc. Amphithéâtre du Nord.

Pharmacie chimique. M. N..., professeur, mardi, jeudi et samedi, à 8 h. 1/2. — Etude des composés organiques, usités en pharmacie (Programme de 3e année). Amphithéâtre du Sud.

Chimie organique. M. Jungfleisch, professeur, lundi, mercredi et vendredi, à 4 h. 1/2. — Seconde partie du cours. — Résumé de la première partie du cours. — Histoire des aldéhydes, des acides et des corps azotés. Amphithéâtre du Nord.

Botanique cryptogamique. — M. Marchand, mardi, jeudi et samedi, à 9 h. 1/2. — Cours complet. — Amphithéâtre du Nord.

Hydrologie et histoire des minéraux. M. Bouchardat, lundi, mercredi et vendredi, à 9 h. — Minéralogie. — Amphithéâtre du Sud.

Travaux pratiques. — La haute direction des travaux pratiques appartient pour la 1re année à M. le professeur Riche ; pour la 2e année à M. le professeur Jungfleisch ; pour la 3e année (micrographie), à M. le professeur Chatin ; pour la 4e année (physique), à M. le professeur Leroux. — 1re année. *Chimie.* M. Leidié, maître de conférences et chef des travaux chimiques. Lundi, mercredi, vendredi, de midi 1/2 à 4 heures 1/2 au Laboratoire. — 2e année. *Chimie.* M. Lextrait, chef des travaux chimiques. Lundi, mercredi et vendredi, de midi 1/2 à 4 h. 1/2 au Laboratoire. — 3e année. *Micrographie.* M. Hérail, maître de conférences et chef des travaux. Lundi, mercredi et vendredi, de midi à 4 h. 1/2. — *Physique.* M. Bourbouze, chef des travaux. Jeudi et samedi, de midi à 4 h. 1/2, aux Laboratoires. — 4e année. Les candidats au diplôme supérieur sont admis à tous les travaux et exercices utiles à leurs études. — 1re, 2e et 3e années : *Herborisations*, par MM. les professeurs de botanique.

Résumé des jours et heures des cours du 2e semestre. Lundi : MM. Jungfleisch, 4 h, 1/2 ; Bouchardat, 9 h. — Mardis : M. Chatin, midi 1/2 ; Bouis, 3 h. 1/2 ; M. N..., 8 h. 1/2 ; Marchand, 9 h. 1/2. Mercredis : MM. Jungfleisch, 4 h. 1/2 ; Bouchardat, 9 h. — Jeudis : MM. Chatin, midi 1/2 ; Bouis, 3 h. 1/2 ; M. N..., 8 h. 1/2 ; Marchand, 9 h. 1/2. — Vendredis : MM. Jungfleisch, 1/2 ; Bouchardat, 9 h. — Samedis : MM. Bouis, 3 h. 1/2 ; M. N..., 8 h. 1/2 ; Marchand, 9 h. 1/2.

Dispositions générales.

Les études en vue de l'obtention des diplômes de pharmacien de 1re et de 2e classe durent six années, savoir : trois années de stage dans une officine et trois années de scolarité.

Le décret du 26 juillet 1885, exécutoire à partir du 1er novembre 1885, règle comme il suit les conditions du stage et de la scolarité.

Stage. — Le stage officinal est constaté au moyen d'inscriptions. Les inscriptions sont reçues au Secrétariat de l'Ecole tous les jours, le dimanche excepté, de midi à quatre heures.

Pour être admis à prendre la première inscription, le stagiaire doit avoir *seize* ans accomplis ; il produira : en vue de la 1re classe, le diplôme de bachelier ès sciences ou ès lettres complet ou de l'enseignement secondaire spécial ; en vue de la 2e classe, soit le certificat d'études de l'enseignement secondaire spécial, soit le certificat d'examen de grammaire complété par un examen portant sur les éléments de physique, de chimie et d'histoire naturelle, conformément au programme d'études de 3e année de l'enseignement secondaire spécial. Toutefois, cet examen complémentaire ne sera exigible qu'à partir du 1er novembre 1886.

L'inscription a lieu, dans le délai de quinzaine, sur la production d'un certificat de présence délivré par le titulaire de l'officine à laquelle le stagiaire est attaché ; toute période de stage irrégulièrement constatée est considérée comme nulle.

L'inscription doit être renouvelée tous les ans, au mois de juillet, et à chaque changement d'officine par l'élève. — Le stagiaire acquitte un droit fixe de *un franc* par inscription.

Les stagiaires de 1re et de 2e classe qui justifient de trois années de stage subissent un *examen de validation*, dont le programme est déterminé, devant un jury spécial qui siège à l'Ecole deux fois par an, au mois d'août et de novembre. La première session annuelle s'ouvrira le mardi 3 novembre 1885.

Aucun candidat ne peut se présenter pour l'examen de validation devant deux établissements différents pendant la même session.

Inscriptions de scolarité. — Les inscriptions de scolarité sont au nombre de douze et gratuites pour les deux classes. Elles seront délivrées, chaque trimestre, du 26 octobre au 10 novembre, du 3 au 17 janvier, du 1er au 15 avril, du 1er au 15 juillet, aux jours et heures déterminés par le règlement intérieur de l'Ecole.

La première inscription doit être prise au trimestre de novembre. Les élèves ne peuvent, en aucun cas, prendre leurs inscriptions par correspondance ni par mandataire ; il leur est également interdit de prendre simultanément des inscriptions dans des établissements différents.

L'élève qui commence ses études à l'Ecole est tenu de déposer au Secrétariat : 1° son acte de naissance ; 2° le certificat d'examens de validation de stage ; 3° pour la 1re classe, l'un des diplômes de bachelier exigés ; pour la 2e classe, l'un des certificats d'étude ou d'examen de grammaire prévus par le décret du 26 juillet 1885 ; 4° s'il est mineur, le consentement de son père ou tuteur l'autorisant à suivre les études pharmaceutiques.

Les élèves sont tenus, en entrant, d'écrire eux-mêmes, sur un registre spécial, leurs noms, prénoms, date et lieu de naissance, leur adresse exacte et celle de leur famille. Chaque changement de résidence fera l'objet d'une nouvelle déclaration. L'élève qui fait une fausse déclaration est passible de la perte d'une ou de deux inscriptions.

Travaux pratiques obligatoires. — Pendant les trois années de la scolarité, les élèves de 1re et de 2e classe sont tenus de prendre part aux travaux pratiques obligatoires. Ils peuvent en acquitter les droits annuels par quart, ou en totalité, par anticipation, au moment de la 1re inscription de l'année (1re, 5e, 9e), sous réserve d'une déclaration écrite.

Travaux pratiques facultatifs. — Les élèves qui justifieront de toutes leurs inscriptions et ceux dont la scolarité sera interrompue par suite d'ajournement à un examen de fin d'année ou semestriel, pourront, sur leur demande écrite, être admis par M. le Directeur à prendre part à telle ou telle série de travaux pratiques, moyennant le payement, en un seul terme, d'un droit fixe de 40 francs. Cette rétribution est indépendante des droits de travaux pratiques obligatoires et ne peut être confondue avec eux.

Le candidat ajourné à un examen de fin d'année ne peut participer qu'aux manipulations de l'année qu'il n'a pu valider. — L'admission aux exercices facultatifs ne confère aucun droit à des inscriptions rétroactives.

Examens de fin d'année. — Les candidats de 1re et 2e classe subissent un examen de fin d'année après la 4e et 8e inscriptions ; en outre, ceux de 1re classe passent un examen semestriel après la 10e inscription.

Les examens de fin d'année ont lieu au mois d'août ; l'examen semestriel dans la première quinzaine d'avril. Les candidats ajournés peuvent renouveler cette épreuve aux mois d'août et de novembre. Ces examens portent sur les matières enseignées pendant la période d'études qu'ils valident. Tout étudiant ajourné à un examen ne peut être autorisé à changer d'Ecole avant d'avoir réparé son échec.

Examens probatoires. — Après la 12e inscription, les étudiants dont la scolarité est régulière, sont admis à subir les trois examens probatoires. Aucun délai n'est exigé entre chacun de ces examens subis avec succès. En cas d'échec, le délai d'ajournement est fixé à trois mois au minimum.

Les candidats au diplôme de 1re classe doivent subir les trois examens probatoires dans l'Ecole où ils ont accompli la troisième année de leur scolarité. Les aspirants au diplôme de 2e classe sont tenus de les subir devant la Faculté ou Ecole dans le ressort de laquelle ils doivent exercer, Les sessions d'examens probatoires ont lieu, dans les divers établissements, aux mois d'août et de novembre.

Interruption des études. — En vertu de l'article 27 du décret du 30 juillet 1883, tout étudiant qui, sans motifs jugés valables par l'Ecole, néglige *pendant deux ans* de prendre des inscriptions et de subir aucune épreuve perd le bénéfice des inscriptions prises depuis la dernière épreuve subie avec succès. Le temps passé sous les drapeaux n'est pas compté dans le délai de péremption.

Diplôme supérieur. — Le décret du 12 juillet 1878 a institué un diplôme supérieur qui s'obtient, pour les candidats déjà pharmaciens de 1re classe non pourvus du grade de licencié ès sciences physiques ou ès sciences naturelles, à la suite d'une quatrième année d'études, validée par des épreuves probatoires et la soutenance d'une thèse originale acceptée par l'Ecole. Les candidats qui justifient de l'un des grades de licencié précités ne sont astreints qu'à la soutenance de la thèse.

Le diplôme supérieur est équivalent au doctorat ès sciences physiques ou naturelles. Les pharmaciens qui en sont pourvus peuvent être nommés aux emplois de professeurs ou agrégés dans les Ecoles supérieures, aux emplois de professeurs ou agrégés des sciences pharmaceutiques dans les Facultés mixtes.

Perception des droits universitaires. — La perception des droits de bibliothèques et de travaux pratiques obligatoires et facultatifs, le recouvrement et le remboursement des consignations pour examens de toute nature sont opérés à la caisse du Receveur des droits universitaires, rue Saint-Jacques, 55, à Paris, sur la présentation d'un *bulletin de versement* ou d'un *ordre de remboursement*, suivant le cas, que le Secrétaire de l'Ecole délivre à l'étudiant, ou au candidat ajourné, sur sa demande.

Aux termes de l'article 4 de l'arrêté du 25 juillet 1882, les familles des étudiants ont la faculté d'effectuer les mêmes opérations financières aux caisses des trésoriers généraux et des receveurs des finances, dans leur département (*Voir les instructions spéciales.*)

Bourses. — Le concours pour l'obtention des bourses annuelles de pharmacien de 1re classe s'ouvrira à l'Ecole, le lundi 26 octobre. Les candidats devront se faire inscrire à la Sorbonne jusqu'au 18 octobre, en produisant les pièces exigées.

Bibliothèque. — La Bibliothèque de l'Ecole est ouverte tous les jours non fériés de 11 heures du matin à 4 heures.

Salles de collections. Les salles de collections sont ouvertes aux étudiants aux jours et heures qu'indiquent des affiches spéciales.

Jardin botanique. — Le jardin botanique est ouvert aux élèves tous les jours non fériés, de 6 heures du matin à 5 heures du soir en été, et de 8 heures à 4 heures en hiver.

Cours. — L'ouverture des Cours est fixée au lundi 3 novembre.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

L'*Académie des Sciences* tient des séances publiques à l'Institut tous les lundis, à 3 heures. Elle se divise en deux grandes classes, celles des *sciences mathématiques*, dont nous n'avons pas à nous occuper, qui comprend cinq sections, et celles des *sciences physiques*, qui comprend les six sections suivantes, composées chacune de six membres : chimie ; — minéralogie ; — botanique ; — économie rurale ; — anatomie et zoologie ; — médecine et chirurgie. — Cette dernière section a six membres correspondants français et étrangers. L'*Académie des Sciences* décerne chaque année des prix dont quelques-uns ont trait aux sciences médicales (anatomie, physiologie, médecine et chirurgie, hygiène, physiologie expérimentale), et qui sont annoncés en temps opportun dans le *Progrès médical*.

Membres médecins et chirurgiens : MM. Gosselin, Vulpian, Marey, P. Bert, Charcot, Richet.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

La *Société de biologie* tient ses séances tous les samedis, à 4 h. 1/2, rue de l'Ecole-de-Médecine (*École pratique*). Les travaux de la Société embrassent toutes les branches de la biologie, mais plus particulièrement la physiologie expérimentale, la physiologie pathologique, l'histologie normale et pathologique, la clinique, la physique et

la chimie médicales. Les étudiants en médecine, qui ont déjà plusieurs années d'études, ont tout intérêt à suivre les séances de cette Société. Ils pourront y entendre fréquemment, outre leurs professeurs de l'école et leurs maîtres dans les hôpitaux, des hommes tels que M. P. Bert, Ranvier, Malassez, Brown-Séquard, Bouley, Mathias Duval, Hanot, d'Arsonval, Straus, Pouchet, Fr. Franck, Grimaux, etc., qui comptent parmi les membres les plus assidus. Tous les deux ans, la *Société de Biologie* décerne le *prix Godard,* qui est de la valeur de 500 francs.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

L'*Académie de médecine* tient ses séances publiques, 49, rue des Saints-Pères, tous les mardis, à 3 h. 1/2. Elle se compose de cent membres *titulaires* répartis dans les 11 sections qui suivent : anatomie et physiologie, 10 ; pathologie médicale, 13 ; pathologie chirurgicale, 10 ; thérapeutique et histoire naturelle médicale, 10 ; médecine opératoire, 7 ; anatomie pathologique, 7 ; accouchements, 7 ; hygiène publique, médecine légale et police médicale, 10 ; médecine vétérinaire, 6 ; physique et chimie médicales, 10 ; pharmacie, 10. Il y a, en outre, une section d'associés libres qui peut compter 10 membres. — Le nombre des *associés nationaux* et celui des associés étrangers peut-être de 20. — Le nombre des *correspondants nationaux* est de 100 ; celui des *correspondants étrangers* de 50. Les uns et les autres sont divisés en 4 sections de la façon suivante :

1° Anatomie et physiologie, — pathologie médicale, — thérapeutique et histoire naturelle, — anatomie pathologique, — hygiène et médecine légale (correspondants nationaux, 50 ; étrangers, 25). — 2° Pathologie chirurgicale, — médecine opératoire, — accouchements (correspondants nationaux, 24 ; étrangers, 12). — 3° Médecine vétérinaire (correspondants nationaux, 6 ; étrangers, 3). — 4° Physique et chimie médicales, — pharmacie (correspondants nationaux, 20 ; étrangers, 10).

L'Académie résout les questions qui lui sont posées par les ministères, les préfectures de la Seine et de police, sur tout ce qui concerne l'hygiène et la santé publique. Elle autorise ou interdit la fabrication et la vente des remèdes secrets et nouveaux, l'exploitation des sources thermales ou minérales. Elle désigne, sur la demande du gouvernement, des commissaires qui se transportent sur les lieux où sévissent les épidémies ou les épizooties et décident des mesures à prendre contre le mal. Elle propage la vaccine, et enfin discute des questions de science pure. Elle publie un Bulletin qui contient le compte rendu de ses séances et de ses travaux ; au moyen de son budget particulier et de différents legs, elle distribue des prix. Les lauréats sont proclamés chaque année dans une séance solennelle qui a lieu dans la première quinzaine de décembre, les sujets à traiter pour les prix de l'année suivante y sont en outre désignés.

L'Académie possède des collections et une bibliothèque riche en volumes, en gravures et en manuscrits ; elle est ouverte aux membres seuls. Bibliothécaire : M. Briau ; bibliothécaire-adjoint : M. Dureau ; chef des bureaux : M. Bordet.

Les vaccinations et les certificats de vaccine sont délivrés gratuitement tous les mardis et samedis, à midi précis. On envoie en outre gratuitement du vaccin en plaques à tous les membres du corps médical qui en font la demande. Directeur du service, M. Blot. Il existe aussi, pour les analyses et les recherches, un laboratoire dirigé par M. Hardy.

Les travaux, les communications et les correspondances de toutes sortes doivent être adressés à M. le secrétaire perpétuel au siège de l'Académie, à moins qu'un des membres n'ait bien voulu se charger de faire la présentation — Les bureaux de l'Académie sont ouverts, sauf les dimanches et fêtes, tous les jours, de 10 heures à 3 heures.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Cette *Société*, l'une des plus anciennes et des plus importantes de Paris, tient ses séances tous les vendredis, à 3 heures 1/2, à l'Ecole pratique, dans une salle placée au-dessus du musée Dupuytren. C'est là que sont communiqués tous les cas intéressants observés dans les hôpitaux de Paris et que sont apportées toutes les pièces d'anatomie pathologique qui offrent des particularités remarquables. — Tous les deux ans, la *Société anatomique* décerne le *Prix Godard*. Les membres-adjoints de la Société, les internes, les médecins, etc., peuvent concourir. — Le *Progrès médical* publie le compte rendu officiel des séances de cette Société. Les étudiants qui liront ces comptes rendus y trouveront de nombreux éléments pour leur thèse de doctorat.

Aucune communication n'est faite sans pièces à l'appui. Cela évite toute discussion oiseuse, purement clinique et on a de plus l'avantage de voir défiler sous ses yeux les cas les plus rares de l'anatomie pathologique.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

La *Société de chirurgie* se réunit tous les mercredis, à 3 heures 1/2, rue de l'Abbaye, n° 3. La plupart de ses membres appartiennent au Corps chirurgical des hôpitaux civils et militaires. — La Société de chirurgie dispose de quatre prix : le prix Duval, le prix Laborie, le prix Gerdy et le prix Demarquay. Les deux premiers sont annuels, le troisième et le quatrième sont donnés tous les deux ans. — Le prix Duval, de la valeur de 100 fr., a été fondé en 1854 à titre d'encouragement pour la meilleure thèse de chirurgie publiée en France dans le courant de l'année. Sont seuls admis à concourir les docteurs ayant rempli les fonctions d'internes définitifs dans les hôpitaux ou ayant un grade analogue dans les hôpitaux militaires ou de la marine. — Le prix Laborie, de la valeur de 1,200 fr., fondé en 1868, est décerné chaque année à l'auteur du meilleur travail *inédit* sur un sujet quelconque de chirurgie adressé à la Société pendant l'année courante. — Le prix Gerdy, de la valeur de 2,000 fr., a été fondé en 1873. — Le prix Demarquay est de la valeur de 650 fr. environ (intérêt d'une somme de 10,000 fr.) La Société doit indiquer la question à traiter par les concurrents. Le sujet est toujours donné deux ans à l'avance.

Pour plus de détails, voir le premier fascicule annuel des *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie.*

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

La *Société médicale des hôpitaux* se réunit le 2e et le 4e vendredi de chaque mois, dans la salle des séances de la Société de chirurgie, rue de l'Abbaye, 3, à 3 heures et demie. Les membres de cette Société sont les médecins des hôpitaux civils et les médecins de l'armée ayant un service dans les hôpitaux militaires de Paris. Les uns et les autres présentent les faits curieux de leur service, et ces faits sont souvent l'occasion de discussions intéressantes surtout lorsqu'ils ont trait à des sujets à l'ordre du jour. En outre, tous les trois mois, le secrétaire général lit des rapports fort bien faits sur les maladies régnantes dans le trimestre précédent. Les comptes rendus des séances sont publiés régulièrement dans le *Progrès médical.* — Président pour l'année 1885, M. Vidal ; secrétaire général, M. Desnos ; secrétaires des séances, MM. Legroux et Barth.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET D'HYGIÈNE PROFESSIONNELLE.

La *Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle,* fondée depuis dix ans pour étudier et vulgariser toutes les questions relatives à l'hygiène publique et privée, à l'épidémiologie, à la police sanitaire, à la pathologie professionnelle, tient ses séances publiques 3, rue de l'Abbaye, le quatrième mercredi de chaque mois, à 8 heures du soir. Ses travaux sont publiés chaque mois par la *Revue d'hygiène et de Police sanitaire,* et réunis en 1 volume à la fin de chaque année.

La *Société de médecine publique* a ouvert le congrès d'hygiène en 1879. Elle a pris une part active aux congrès de Turin (1880), Genève (1882), La Haye (1884). C'est à son instigation qu'une section d'hygiène et de médecine publique a été créée à l'Association française pour l'avancement des sciences.

Elle distribue des médailles de vermeil, d'argent et de bronze aux auteurs des meilleures thèses soutenues devant les Facultés de médecine sur des sujets relatifs à l'hygiène. Ces thèses doivent être envoyées au secrétaire général avant le 31 décembre de chaque année.

Le nombre des membres de cette Société, déjà considérable, est illimité. Les médecins, les architectes, les ingénieurs, les industriels, les économistes, tous ceux enfin dont les travaux touchent aux grandes questions d'hygiène publique et sociale sont admis à en faire partie. Tout ce qui concerne la Société doit être adressé au secrétaire général : M. le Dr Henri Napias, 68, rue du Rocher (Paris).

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE.

La *Société de médecine légale* tient ses séances le second lundi de chaque mois, à 3 heures précises, au Palais-de-Justice, dans la salle d'audience de la 5e chambre du tribunal civil. Entrée par le boulevard du Palais, n° 2.

Ces séances constituent de très intéressantes conférences de médecine légale, auxquelles les étudiants, aussi bien que les médecins, trouveraient grand intérêt à assister. Les séances sont publiques. Déjà la Société a fait paraître 7 volumes de Bulletins à la librairie J.-B. Baillière et fils.

Cette Société a organisé, pendant l'Exposition universelle de 1878, un *Congrès international de médecine légale,* dans lequel ont été traitées d'importantes questions, et dont les travaux ont été publiés en un volume distinct des Bulletins de la Société et imprimé à l'imprimerie nationale par les soins du ministère de l'agriculture et du commerce. Le *Progrès médical* a l'habitude de publier l'ordre du jour de chaque séance dans le n° qui la précède.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE, D'HYDROLOGIE, ETC.

La *Société de médecine de Paris*, la *Société d'hydrologie* se réunissent, comme la *Société de chirurgie*, rue de l'Abbaye, 3. Ce local, beaucoup trop exigu, ne permet qu'à un petit nombre d'auditeurs d'assister aux séances de ces savantes Sociétés, chose très regrettable, vu l'intérêt que présentent pour les étudiants les discussions très instructives sur les questions à l'ordre du jour. Nous citerons encore la *Société médico-psychologique* qui se réunit le dernier lundi de chaque mois, rue de l'Abbaye, n° 3 ; la *Société française d'hygiène*, etc., dont le siége est au n° 44 de la rue de Rennes, tient ses séances le deuxième vendredi de chaque mois.

Les étudiants qui sont arrivés à la dernière année de leurs études, assisteront avec fruit aux réunions de ces diverses Sociétés. La *Société de thérapeutique* se réunit à la mairie du 1er arrondissement, le 1er et le 3e vendredi de chaque mois. Il existe encore d'autres *Sociétés médicales*, entre autres les Sociétés d'arrondissement, qui n'ont qu'un intérêt secondaire pour les étudiants.

ÉCOLE DU VAL-DE-GRACE

École d'application de médecine et de pharmacie militaires.

Année 1885-1886.

MÉDECINS STAGIAIRES.

Cliniques.

Clinique médicale. — M. X..., professeur.
Clinique chirurgicale. — M. SERVIER, professeur.
Clinique des maladies vénériennes et cutanées. — M. PONCET, professeur.
Clinique ophthalmologique. — M. CHAUVEL, professeur.

Cours.

Épidémiologie. — M. KELSCH, professeur.
Blessures par armes de guerre. — M. SERVIER, professeur.
Anatomie et opérations chirurgicales. — PONCET, professeur.
Expertise médicale appliquée au service militaire. — M. CHAUVEL.
Hygiène et administration, médecine légale militaires. — M. LAVERAN, professeur.
Chimie appliquée aux expertises dans l'armée. — M. MARTY, professeur.

Conférences et exercices pratiques.

Conférences de clinique médicale. — M. LUBANSKI, prof. agrégé.
Conférences de clinique chirurgicale. — M. CHAVASSE, agrégé.
Travaux anatomiques. — M. POULET, professeur agrégé.
Exercices de médecine opératoire. — M. ROBERT, prof. agrégé.
Exercices d'ophthalmoscopie. — M. ROBERT, professeur agrégé.
Conférences d'hygiène et de médecine légale militaires. — M. RICHARD, professeur agrégé.
Conférences et exercices d'anatomie pathologique. — M. VAILLARD, professeur agrégé.
Conférences d'épidémiologie. — M. VAILLARD, professeur agrégé.
Petite chirurgie, bandages et appareils. — M. CHAVASSE, professeur agrégé.
Manœuvres d'ambulance. — M. POULET, professeur agrégé.
Manipulations chimiques. — M. RABY, professeur agrégé.

PHARMACIENS STAGIAIRES.

Cours et conférences.

Chimie appliquée aux expertises dans l'armée. — M. MARTY, professeur.
Hygiène et administration militaires. — *Médecine légale militaire.* — M. LAVERAN, professeur
Pharmacie militaire et comptabilité. — M. RABY, prof. agrégé.

NOTA. — Par autorisation du Ministre de la guerre, les élèves civils peuvent être admis à suivre les cours de l'école ; à cet effet, ils devront se présenter à M. le Directeur, qui leur remettra des cartes d'entrée.

ÉCOLES DENTAIRES

Le *Progrès médical* a été l'un des premiers journaux de médecine français à signaler l'insuffisance de l'enseignement de l'odontologie et l'insuffisance des services hospitaliers. La Faculté n'a rien fait et l'Assistance publique n'a pas réalisé le vote du Conseil municipal l'invitant à créer des services dentaires dans les hôpitaux et à les confier à des dentistes nommés au concours. L'initiative individuelle, et nous nous en félicitons, a comblé la lacune laissée par la Faculté.

Il existe à Paris plusieurs écoles dentaires libres : l'une dont le siège est rue Richer, 23, a été fondée en 1880, sous le nom d'*École dentaire de Paris* ; elle est dirigée par le Dr Th. DAVID et subventionnée par la ville de Paris. Le corps enseignant se compose pour les cours théoriques et pratiques du soir des Drs Deny (Anatomie et physiologie), Gérard (Histoire naturelle, démonstrations et exercices pratiques de micrographie), Aubeau (Thérapeutique et matière médicale), Decaudin (Dissection), Faucher (Physique, chimie et métallurgie appliquée à l'art dentaire), Thomas (Éléments de pathologie générale), Prengrueber (Anatomie topographique de la bouche et de ses annexes), David (Pathologie spéciale), M. Poinsot (Thérapeutique spéciale, traitement et obturation des dents), M. Viau (Prothèse et mécanique dentaires). Les cliniques qui ont lieu tous les matins de 8 heures à 10 heures 1/2 sont dirigées par MM. Levett, David, Aubeau, Viau, Thomas, Poinsot et Decaudin, assistés de chefs de clinique et de démonstrateurs. Divers laboratoires sont annexés à cette école. Soutenue par l'association générale des dentistes de France, elle a reçu l'appui de MM Trélat, Verneuil, P. Bert, Brouardel, Hérard, Pinard; elle délivre des diplômes. Son enseignement comprend trois années d'études. Les frais d'inscription, d'examen et de diplôme s'élèvent à 1,100 francs.

Une autre école dentaire existe depuis le 7 janvier 1884, rue de l'Abbaye, 3, sous le titre d'*Ecole dentaire de France* (Institut odontotechnique), elle est dirigée par M. Brasseur. Les cliniques (de 8 à 10 h. du matin) sont faites par les Drs Goldenstein, Stevens, Paulin, Andrieu, Colignon, Amyot et Michaëls. Dentisterie opératoire, aurifications, par MM. Du Bouchet, Bogue, Kingsley, Thomas. Les cours théoriques ont lieu tous les soirs sauf les mardis et jeudis : Dr Ramonat (Pathologie et thérapeutique) lundi et vendredi de 8 à 9 heures; Dr Demontporcelet (Anatomie et physiologie), lundi de 9 à 10 h. et samedi de 8 à 9 h. ; Dr Saussine (Mécanique et prothèse dentaires), mercredi de 9 à 10; Dr Viron (Physique, chimie, histoire naturelle et pharmacologie), mercredi de 8 à 9 ; Dr Gaillard (Pathologie et thérapeutique dentaires) vendredi de 9 à 10 h. Exercices de dissection, manipulations chimiques, etc. — Le Conseil scientifique se compose de MM. Gosselin, Richet, Gavarret, Béclard, Bouchardat, Sappey, Trélat, Le Fort, Guyon, Duplay, Fournier et Brouardel. La durée des études est de trois années à la fin desquelles à la suite d'examens il est délivré aux élèves un *diplôme de capacité* dit de l'institut odontotechnique de France. Est admis à l'école tout individu âgé de 17 ans au moins présentant un duplicata de l'un des 2 baccalauréats, ou le certificat de grammaire ou celui de l'enseignement secondaire spécial. Pendant les deux premières années, le livret d'enseignement primaire et l'examen du volontariat sont admis. Les frais d'études, inscriptions, examens et diplôme, s'élèvent à 760 francs.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER.

Année scolaire 1885-86 (Semestre d'hiver).

Ouverture le 3 novembre.

Cours des professeurs.

Anatomie. — M. BENOIT, professeur, doyen hon., lundi, mercredi, vendredi, à 2 heures. Angéiologie; splanchnologie ; organes des sens.

Anatomie pathologique et histologie. — M. ESTOR, professeur. — Lundi, mercredi, vendredi, à 5 h. — Du protoplasma au point de vue de l'histologie normale et de l'anatomie pathologique. Ce programme comprend l'anatomie pathologique des maladies infectieuses.

Médecine légale et toxicologie. — M. JAUMES, professeur. Mardi, jeudi, samedi, à 4 heures. Notions préliminaires (réquisitions, etc.) ; identité ; questions relatives à la mort et au cadavre.

Pathologie interne. — M. CASTAN, professeur doyen. Lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures. Étude des maladies du système nerveux.

Physiologie. — M. LANNEGRACE, professeur. Mardi, jeudi, samedi, à 5 heures. Physiologie du système nerveux.

Opérations et appareils. — M. N. Mardi, jeudi, samedi, à 10 h.

Pathologie externe. — M. CHALOT, chargé de cours, lundi, mercredi, vendredi, à 3 h. — Pathologie générale : 1° les maladies virulentes (septicémie chirurgicale, tuberculose chirurgicale, etc.) ; 2° les maladies inflammatoires et les maladies dystrophiques des tissus et systèmes de tissus ; 3° les tumeurs en général.

Cours auxiliaires.

Anatomie. — M GILIS, prosecteur, suppléant du chef des travaux anatomiques, mardi, jeudi, samedi, à 4 h. — Splanchnologie ; complément du cours du professeur. — M. N..., aide d'anatomie, suppléant du prosecteur, mardi, jeudi, samedi, à 1 h. — Ostéologie et Syndesmologie.

Histoire naturelle et zoologie médicale. — M. GRANEL, agrégé, mardi, jeudi, samedi, à 3 h. — Classifications zoologiques. Etude des animaux et de leurs produits au point de vue médical.

Accouchements. M. GARIMOND, agrégé, mardi, jeudi, samedi, à 2 heures. Etude de la pathologie obstétricale.

Physique. — M. de Girard, agrégé, jeudi, vendredi, samedi, à 9 h. 1/2. — Pesanteur, chaleur, Optique géométrique.

Chimie. — M. Ville, agrégé, lundi, mardi, mercredi, à 9 h. 1/2. Métalloïdes et métaux. — Etude spéciale des composés employés en médecine.

Cliniques annuelles.

Clinique interne. — MM. Dupré et Combal, professeurs, tous les jours, à 7 h., hôpital Saint-Eloi.

Clinique externe. — MM. Dubreuil, professeur, et N..., tous les jours, à 7 h., hôpital Saint-Eloi.

Clinique obstétricale et gynécologie. — M. Dumas (Léon), professeur, tous les jours, à 9 h., hôpital Saint-Eloi. — MM. les élèves sont admis par séries aux accouchements.

Clinique des maladies nerveuses et mentales. — M. Cavalier, professeur, tous les jours, à 9 h., asile des aliénés.

Clinique des maladies des enfants. — M. Battle, chargé de cours, tous les jours, à 7 1/2, hôpital général.

Clinique des maladies des vieillards. — M. Hamelin, chargé de cours, tous les jours, à 7 1/2, hôpital général.

Clinique des maladies syphilitiques et cutanées. M. Gayraud, chargé de cours, tous les jours, à 7 1/2, hôpital Saint-Eloi.

Travaux pratiques.

Anatomie. — MM. Benoit, professeur, doyen honoraire, Gilis, prosecteur, suppléant du chef des travaux. N..., aide d'anatomie, suppléant du prosecteur, tous les jours, de 8 h. du matin à 9 h. du soir. — Dissections dans le pavillon anatomique.

Anatomie pathologique. — MM. Estor, professeur et Carrieu, chef des travaux, mardi, jeudi, samedi, de midi à 2 h. — Exercices d'histologie pathologique.

Physique. — MM. Moitessier, professeur et Lauret, chef des travaux, lundi, mercredi, vendredi, de 8 h. à 11 h. du matin. — Exercices de physique expérimentale.

Cours du semestre d'été.

Physique médicale. — M. Moitessier, professeur.
Chimie médicale. — M. Engel, professeur.
Hygiène. — M. Bertin, professeur.
Thérapeutique et matière médicale. — M. Grasset, professeur.
Botanique et Histoire naturelle médicale. — M. Planchon, professeur.

Cours auxiliaires du semestre d'été.

Pathologie externe. — M. Serre.
Pathologie interne. — M. Blaise.
Pathologie et thérapeutique générales. — M. N...
Physiotogie. — M. Bimar.
Médecine opératoire. — M. Gilis.
Anatomie pathologique et histologie. — M. Carrieu.

Collections de la Faculté.

Le *Musée anatomique* est ouvert aux élèves tous les jours, de midi à 4 h. — Le *Conservatoire du Jardin des plantes* est ouvert aux élèves tous les jours, de midi à 4 h.— La *Bibliothèque* est ouverte tous les jours, de midi à 4 h., excepté le mercredi, et tous les soirs, de 7 h. et demie à 9 h. et demie.

Dispositions réglementaires.

Pour être admis à s'inscrire, l'*étudiant qui aspire au grade de Docteur* doit déposer au Secrétariat : 1° une expédition légalisée de son acte de naissance ; 2° un certificat de bonne vie et mœurs ; 3° s'il est mineur, l'autorisation de ses père, mère ou tuteur ; 4° les diplômes de bachelier ès lettres et de bachelier ès sciences restreint (décret du 20 juin 1878), ou, à la place de celui-ci, le diplôme de bachelier ès sciences complet, ou celui de bachelier de l'enseignement spécial (décret du 28 juillet 1882).

Les *aspirants au titre d'Officier de santé* sont dispensés de produire les deux diplômes ci-dessus. Ils doivent être âgés de 17 ans, et, à défaut de diplômes, présenter le certificat d'études de l'enseignement secondaire spécial ou le certificat d'examen de grammaire complété par un examen portant sur les éléments de physique, de chimie et d'histoire naturelle, conformément au programme d'études de l'enseignement secondaire spécial.

La durée des études pour obtenir le titre d'officier de santé est de quatre années, pendant lesquelles le candidat doit prendre seize inscriptions trimestrielles (art. 1er du décret du 1er août 1883).

Les examens définitifs ne peuvent être subis qu'après la seizième inscription et devant la faculté ou école dans la circonscription de laquelle l'officier de santé doit exercer (art. 7 et 9 du décret du 1er août 1883).

Les aspirants au diplôme d'officier de santé actuellement en cours d'études restent, s'ils en font la demande, en ce qui concerne les examens, soumis au régime établi par les décrets et règlements antérieurs.

Au mois de novembre 1886, les dispositions du décret du 1er août 1883 seront seules en vigueur.

Les inscriptions d'officier de santé ne seront plus, en aucun cas, converties en inscriptions de doctorat pour les élèves en cours d'études ; néanmoins cette conversion pourra être autorisée en faveur des officiers de santé qui auront exercé la médecine pendant deux ans au moins (art. 6 du décret du 20 juin 1878) et qui justifieront des deux diplômes exigés ci-dessus.

Les inscriptions doivent être prises du 2 au 15 novembre, du 2 au 15 janvier, du 1er au 15 avril, du 1er au 15 juillet, et elles ne sont valables qu'autant qu'elles sont régularisées dans la dernière quinzaine de chaque trimestre, par la signature des élèves sur le registre des présences et le dépôt du certificat de stage dans les hôpitaux.

Les examens pour l'obtention du certificat de grammaire que doivent fournir les aspirants au titre d'Officier de santé, auront lieu le jeudi 12 novembre, à 8 heures du matin, dans une des salles du Lycée.

Montpellier, 23 octobre 1885.

Mon cher Rédacteur en chef,

En tête des renseignements relatifs à la Faculté de médecine de Montpellier, nous devons placer ceux qui concernent le personnel.

M. Castan, professeur de pathologie médicale, a été nommé Doyen pour trois ans en remplacement de M. Benoît, démissionnaire. Le bruit court (mais ce n'est pas encore officiel), que M. Benoît se ferait aussi suppléer cet hiver dans sa chaire d'anatomie (au moins pour le cours).

Bientôt après ce changement d'administration, M. le Ministre a enfin consenti à déclarer vacantes deux de nos chaires de chirurgie : M. Tédenat, a été nommé professeur de Clinique chirurgicale en remplacement de M. Courty, et M. Grynfelt, a été nommé professeur d'Opérations et appareils en remplacement de M. Bouisson. Les décrets viennent de paraître et la double installation aura lieu le 31 octobre.

La Faculté a perdu deux de ses membres éminents : MM. Boyer, professeur de Pathologie externe, et Dumas, professeur d'Accouchements, admis à faire valoir leurs droits à la retraite. M. Boyer a très peu survécu à cette décision ; nous souhaitons ardemment que M. le Ministre veuille bien déclarer sa chaire vacante le plus rapidement possible.

M. Dumas a eu le rare bonheur, en se retirant, de voir nommer son fils M. Léon Dumas, à sa chaire transformée en chaire de Clinique obstétricale et gynécologique. Le nouveau titulaire a pu, avec le gracieux concours de l'Administration des hospices, compléter et moderniser la clinique obstétricale en même temps qu'il fondait la clinique gynécologique, avec une consultation externe qui constituera un service de policlinique extrêmement précieux. Il étudie de plus, de concert avec l'Administration des hospices, la question, rendue urgente par le prochain déplacement de l'hôpital Saint-Eloi, de construire une nouvelle Maternité pouvant réunir dans un même local la clinique d'accouchements de la Faculté et l'Ecole départementale des sages-femmes, et réalisant de meilleures conditions hygiéniques que les locaux actuels.

Notre service d'anatomie a reçu des perfectionnements considérables au point de vue des travaux pratiques. Les dissections viennent de commencer le 15 octobre, et, le premier jour, les élèves ont eu onze cadavres sur les tables à leur disposition.

Seul, le laboratoire de thérapeutique expérimentale laisse encore beaucoup à désirer. Il y a des locaux très suffisants, l'administration les offre au professeur qui les accepte avec reconnaissance ; il ne manque que... l'argent et les demandes réitérées faites au Ministère pour l'obtenir ne sont pas repoussées, mais restent sans réponses.

Enfin, je terminerai par ma récrimination annuelle sur les concours d'agrégation. On a fait des enquêtes, promis des réformes et les épreuves vont commencer dans un mois sans qu'aucune modification ait été annoncée pour améliorer le sort des provinciaux, juges ou candidats.

Veuillez agréer, etc.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY.

ANNÉE SCOLAIRE 1885-1886.

Cliniques, Cours et Exercices pratiques.

Cliniques. — Clinique médicale : M. Victor PARISOT, professeur, à l'hôpital civil, 2e, 3e, 4e années. — Clinique médicale : M. BERNHEIM, professeur, à l'hôpital civil, 2e, 3e, 4e années. — Clinique chirurgicale ; M. GROSS, professeur, à l'hôpital civil. 2e, 3e, 4e années. — Clinique chirurgicale : M. HEYDENREICH, professeur, à l'hôpital civil, 2e. 3e, 4e années. — Clinique obstétricale et gynécologique : M. HERRGOTT, professeur, à la Maison de Secours. 4e et 5e années. — Clinique ophthalmologique : M. ROHMER, agrégé, à l'hôpital civil, 4e et 5e années.— Clinique des maladies des vieillards : M. DEMANGE, agrégé, à l'hôpital Saint-Julien, 4e et 5e années. — Clinique des maladies syphilitiques : M. SPILLMANN, agrégé à la Maison de Secours, 4e et 5e années. — Clinique des maladies cutanées et scrofuleuses : M. A. HERRGOTT, agrégé, à la Maison de Secours, 4e et 5e années. — Clinique des maladies mentales : M. LANGLOIS, chargé de cours, à l'hospice de Maréville, 4e et 5e années.

Semestre d'hiver. — *Cours.* Physique médicale : M. CHARPENTIER, professeur, à l'amphithéâtre de physique, 1re année. Cours complémentaire de physique médicale : M. BAGNÉRIS, agrégé. — Chimie minérale et chimie organique : M. GARNIER, agrégé, à l'amphithéâtre de chimie, 1re année. — Histoire naturelle médicale : M. MACÉ, agrégé, à l'amphithéâtre des cours, 1re année. — Anatomie descriptive : M. LALLEMENT, professeur, à l'amphithéâtre d'anatomie, 2e et 3e années. — Histologie : M. BARABAN, agrégé, à l'amphithéâtre d'anatomie, 2e et 3e années. — Pathologie externe : M. WEISS, professeur à l'amphithéâtre d'anatomie, 2e et 3e années. — Pathologie interne : M. HECHT, professeur, à l'amphithéâtre des cours, 3e et 4e années. — Thérapeutique : M. COZE, professeur, à l'amphithéâtre des cours, 3e et 4e années. — Médecine légale : M. TOURDES, professeur, à l'amphithéâtre d'anatomie, 4e et 5e années. — Accouchements : M. A. HERRGOTT, agrégé, à l'amphithéâtre d'anatomie, 4e et 5e années.

Exercices pratiques. — Manipulations de physique : M. CHARPENTIER, professeur, au laboratoire de physique, 1re année. — Manipulations chimiques : M. GARNIER, agrégé, au laboratoire de chimie physiologique et pathologique, 1re année. — Histoire naturelle et botanique : M. MACÉ, agrégé, au laboratoire de botanique, 1re année. — Dissections : M. LALLEMENT, professeur, à la salle de dissection, 2e et 3e années. — Histologie : M. BARABAN, agrégé, au laboratoire d'histologie, 2e et 3e années. — Anatomie et histologie pathologiques : M. FELTZ, professeur, au laboratoire d'anatomie et d'histologie pathologiques, 4e et 5e années. — Conférences d'hygiène : M. POINCARÉ, professeur, au laboratoire d'hygiène, 4e et 5e années. — Bandages et appareils : M. ROHMER, agrégé, à l'hôpital civil, 2e et 3e années. — Méthode d'exploration médicale : M. SPILLMANN, agrégé, à l'hôpital civil, 2e année. Conférences pratiques sur les maladies des enfants : M. SCHMITT, agrégé, à l'hôpital civil, 4e et 5e années.

Semestre d'été. — *Cours* — Physique médicale : M. CHARPENTIER, professeur, à l'amphithéâtre de physique, 1re année. — Physique médicale (cours complémentaire) : M. BAGNÉRIS, agrégé, à l'amphithéâtre de physique. 1re année. — Chimie analytique et toxicologie : M. GARNIER, agrégé, à l'amphithéâtre de chimie, 1re année.— Botanique : M. MACÉ, agrégé, à l'amphithéâtre des cours, 1re année. — Physiologie : M. BEAUNIS, professeur, à l'amphithéâtre d'anatomie. 2e et 3e années. — Anatomie et physiologie pathologiques : M. FELTZ, professeur, au laboratoire d'anatomie pathologique, 3e et 4e années. — Médecine opératoire : M. CHRÉTIEN, professeur, au laboratoire d'anatomie, 3e et 4e années. — Hygiène : M. POINCARÉ, professeur, au laboratoire des cours, 4e et 5e années. — Pathologie externe : M. BÉCHET, adjoint, au laboratoire d'anatomie. 2e et 3e années. — Pathologie générale : M. DEMANGE, adjoint, au laboratoire des cours, 2e et 3e années.

Exercices pratiques. — Manipulations de physique : M. CHARPENTIER, professeur, à l'amphithéâtre de physique. 1re année. — Conférences analytiques de chimie biologique et manipulations : M. GARNIER, agrégé, au laboratoire de chimie physiologique et pathologique, 1re année. — Botanique : M. MACÉ, agrégé, au laboratoire de botanique. 1re année. — Histologie normale : M. BARABAN, agrégé, au laboratoire d'histologie, 2e et 3e années. — Physiologie expérimentale : M. BEAUNIS, professeur, au laboratoire de physiologie expérimentale. 2e et 3e années.— Autopsies, anatomie et histologie pathologiques : M. FELTZ, professeur, au laboratoire d'anatomie et d'histologie pathologiques, 3e et 4e années. — Exercices pratiques de médecine opératoire : M. CHRÉTIEN, professeur, au laboratoire d'anatomie, 3e et 4e années. — Conférences de thérapeutique : M. COZE, professeur, au laboratoire de thérapeutique, 4e et 5e années. — Conférences de médecine légale : M. TOURDES, professeur, au laboratoire de médecine légale 4e et 5e années. — Méthode d'exploration médicale : M. SPILLMANN, agrégé, à l'hopital des cliniques, 2e et 3e années. — Médecine opératoire obstétricale : M. HERRGOTT, agrégé, à l'amphithéâtre d'anatomie, 4e et 5e années — Conférences sur les maladies des enfants : M. SCHMITT, agrégé, à l'hôpital civil, 4e et 5e années. — Bandages et appareils : M. ROHMER, agrégé, à l'hôpital civil, 2e et 3e années.

Dispositions réglementaires.

Les études pour obtenir le diplôme de docteur en médecine durent quatre années, pendant lesquelles les étudiants doivent prendre 16 inscriptions trimestrielles, aujourd'hui complètement gratuites.

Les aspirants au doctorat, *suivant le régime établi par le décret du 20 juin* 1878, sont tenus de produire, en prenant leur 1re inscription, les diplômes de bachelier ès lettres et de bachelier ès sciences complet ou restreint.

Ces élèves ont à subir cinq examens probatoires, dont les 2e, 3e et 5e sont divisés en deux parties, et à soutenir une thèse sur un sujet de leur choix.

Le 1er examen est passé après la 4e inscription et avant la 5e.

La 1re partie du 2e examen est subie après la 11e inscription et avant la 12e inscription, et la 2e partie de cet examen, après la 12e et avant la 14e inscription.

Le 3e examen ne peut être passé qu'après l'expiration du 16e trimestre d'études. Les autres se subissent successivement et sans délai obligatoire.

Tout candidat qui n'aura pas soutenu avec succès le 1er examen, en novembre au plus tard, sera ajourné à la fin de l'année scolaire, et ne pourra prendre aucune inscription pendant le cours de cette année.

Les droits à verser sont les suivants :

16 droits de bibliothèque, à 2 fr. 50 c. l'un, ci.				40 fr.
Frais matériels de travaux pratiques.	1re année,	à 15 fr.	par trimestre. . . .	60
	2e —	10	—	40
	3e —	10	—	40
	4e —	5	—	20
8 examens ou épreuves, à 55 fr. l'un, y compris 25 fr. pour le certificat d'aptitude				440
Thèse, avec certificat d'aptitude et diplôme.				240

Les *aspirants au titre d'officier de santé* font quatre années d'études, pendant lesquelles ils doivent prendre 16 inscriptions trimestrielles gratuites. (Décret du 1er août 1883, art. 5.) Ils ont à subir 3 examens de fin d'année et 3 examens probatoires. Les examens de fin d'année se passent : le 1er après la 4e, le 2e, après la 8e, le 3e après la 12e inscription.

Les examens probatoires se subissent successivement et sans délai obligatoire, après 16 inscriptions.

Les candidats versent pour le	1er	un droit de.	100 fr.
—	—	2e	—	110 —
—	—	3e	—	210 —

Ces étudiants payent les droits de bibliothèque, comme les aspirants au doctorat. Les travaux pratiques sont obligatoires Ils passent l'examen de 1re année sur la physique, la chimie et l'histoire naturelle ; de 2e année, sur l'anatomie et la physiologie ; de 3e année, sur l'anatomie, la physiologie et la médecine opératoire. (Décret du 1er août 1883.)

Les aspirants au doctorat en médecine déposeront, outre leurs diplômes ou certificats d'admission à ces diplômes : 1° un extrait de leur acte de naissance : 2° un certificat de bonnes vie et mœurs ; 3° le consentement de leurs parents ou tuteurs les autorisant à suivre les études médicales.

Les aspirants au titre d'officier de santé produisent, outre les trois pièces ci-dessus, le certificat d'examen de grammaire complété par un examen portant sur les éléments de physique, de chimie et d'histoire naturelle, conformément au programme d'études de l'enseignement spécial. Le jury composé de trois membres est nommé par le Recteur. (Décret du 1er août 1883, art. 1er.) Le diplôme de bachelier ès lettres ou celui de bachelier ès sciences peut aussi être présenté pour obtenir l'inscription.

Les cours de la Faculté, le stage dans les hôpitaux, les exercices pratiques, sont obligatoires, dans les conditions indiquées par les règlements ; les cours peuvent être suivis par des auditeurs bénévoles qui sont tenus, en prenant leurs inscriptions sur un registre ouvert à cet effet, de produire un certificat de bonnes vie et mœurs.

Des prix sont décernés à la suite de concours spéciaux ouverts à la fin de l'année scolaire. Un prix et des mentions sont également accordés aux auteurs des meilleures thèses. Un prix, dit d'internat, fondé par feu le Dr Bénit, est donné par concours aux élèves-aides de clinique et internes. Des concours sont ouverts chaque année pour des places rétribuées de préparateurs et d'aides dans les différents laboratoires et dans le service d'anatomie et pour l'externat et l'internat dans les hôpitaux. — Les parents ou tuteurs seront tenus au courant de la situation scolaire de leurs fils ou pupilles.

Le registre des inscriptions s'ouvre le 20 octobre, et se ferme le 6 novembre. Les cours et les examens commencent le 3 novembre. Une session d'examens, pour les candidats militaires commence le 20 octobre.

Les salles de dissection, les musées et la bibliothèque sont ouvertes à dater du 20 octobre. Les cours du semestre d'hiver commencent le 3 novembre, ceux du semestre d'été, le 16 mars. Les laboratoires sont ouverts du 4 novembre au 15 juillet (art. 3 de l'arrêté du 18 mai 1880).

Doyen honoraire : M. STOLTZ. — *Professeurs honoraires* : MM. STOLTZ, BACH. — *Professeurs adjoints* : MM. ROUSSEL, BÉCHET, DEMANGE, E. PARISOT. — *Professeurs agrégés* : MM. SPILLMANN, E. DEMANGE, A. HERRGOTT, GARNIER, SCHMITT, ROHMER, BARABAN, BAGNÉRIS, MACÉ.

ÉCOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE DE NANCY

ANNÉE SCOLAIRE 1885-1886.

Cours, conférences et travaux pratiques.

Cours de chimie minérale.— M. JACQUEMIN, professeur, 1re année.
Cours de physique.—M. SCHLAGDENHAUFFEN, professeur, 1re année.
Cours d'histoire naturelle, botanique.—M. THOUVENIN, chef des travaux, chargé d'un cours complémentaire, 1re année.
Cours de pharmacie galénique. — M. DELCOMINÈTE, suppléant chargé du cours, 1re année.
Conférences de chimie analytique.—M. KLOBB, chef des travaux pratiques, 1re année.
Cours de chimie organique —M. JACQUEMIN, professeur, 2e année.
Cours de matière médicale.—M. GODFRIN, professeur, 2e année.
Cours d'histoire naturelle, cryptogamie. — M. BLEICHER, professeur, 2e année.
Cours de pharmacie chimique. — M. HELD, agrégé, chargé du cours, 2e année.
Conférence de chimie analytique. — M. KLOBB, chef des travaux pratiques, 2e année.
Cours de chimie organique. — M. JACQUEMIN, professeur, 3e année.
Cours de toxicologie. — M. SCHLAGDENHAUFFEN, professeur, 3e année.
Conférence de toxicologie. — M. SCHLAGDENHAUFFEN, professeur, 3e année.
Cours complémentaire de minéralogie et d'hydrologie. — M. KLOBB, chargé du cours, 3e année.
Cours d'histoire naturelle, zoologie. — M. BLEICHER, professeur, 3e année.

Cours complémentaires de la Faculté des sciences. — 4e année.

Travaux pratiques de pharmacie galénique. — M. DELCOMINÈTE, chargé du cours, 1re année.
Travaux pratiques de chimie, d'analyse et de toxicologie. — M. KLOBB, chef des travaux, 1re, 2e et 3e années.
Travaux pratiques de pharmacie, chimique.—M. HELD, agrégé, chargé du cours, 2e année.
Travaux pratiques de micrographie générale. — M. BLEICHER, professeur, et M. THOUVENIN, chef des travaux, 2e année.
Travaux pratiques de micrographie appliquée. — M. GODFRIN, professeur, et M. THOUVENIN, chef des travaux, 3e année.
Travaux pratiques de physique, M. SCHLAGDENHAUFFEN, professeur, 3e année.
Travaux particuliers, recherches pour thèses. - M. JACQUEMIN, professeur, 4e année.

Nota. — Un programme spécial, qui sera arrêté par l'Ecole, dès la rentrée prochaine, fera connaître les jours et heures auxquels auront lieu les cours, conférences et travaux pratiques.

Dispositions réglementaires.

Les conditions d'études exigées des aspirants aux grades de première et de deuxième classe sont réglées par le décret du 26 juillet 1885, qui abroge toutes les dispositions antérieures.

Aux termes de ce décret (art. 1er), les études en vue des diplômes de pharmacien de 1re classe et de pharmacien de 2e classe durent six années, savoir :

Trois années de stage dans une officine et trois années de scolarité.

Les aspirants au grade de pharmacien de 1re classe doivent justifier du diplôme de bachelier ès lettres ou du diplôme de bachelier ès sciences complet, ou du diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire spécial, de 3 années de stage régulièrement accompli dans une officine, et avoir subi avec succès l'examen de validation de stage.

Les aspirants au diplôme de pharmacien de 2e classe doivent produire, à défaut d'un diplôme de bachelier, le certificat d'examen de grammaire ou le certificat d'études de l'enseignement secondaire spécial, justifier de 3 années de stage régulièrement accompli dans une officine, et avoir subi avec succès l'examen de validation de stage.

Les aspirants au diplôme supérieur de pharmacie devront justifier du grade de pharmacien de 1re classe et de celui de licencié ès sciences physiques ou ès sciences naturelles, et soutenir une thèse. A défaut d'une de ces licences, ils devront accomplir une 4e année d'études pharmaceutiques et subir un examen comprenant une épreuve écrite, une épreuve pratique et une épreuve orale sur les matières de licences ès sciences physiques et naturelles appliquées à la pharmacie.

Les registres des inscriptions seront ouverts du 22 octobre au 6 novembre. Tout élève qui se présentera pour prendre une première inscription sera tenu de déposer au secrétariat de l'Ecole :

1° Son acte de naissance, dûment légalisé ; 2° Un certificat de bonnes vie et mœurs ; 3° S'il est mineur, le consentement, en forme régulière, de son père ou tuteur, l'autorisant à suivre les études pharmaceutiques ; 4° L'indication de son domicile à Nancy.

Des prix afférents à chacune des trois années d'études et proclamés à la séance solennelle de rentrée des Facultés, seront décernés à la suite de concours spéciaux ouverts à la fin de l'année scolaire. Un prix et des mentions sont également accordés aux auteurs des meilleures thèses. Il est en outre accordé, conformément aux dispositions de l'article 8 du décret du 12 juillet 1878, des récompenses pour travaux pratiques aux élèves les plus méritants.

La bibliothèque de la Faculté de médecine est ouverte aux élèves. — Les cours, conférences et travaux pratiques ont commencé le 3 novembre.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LILLE

Programme des cours. — Semestre d'hiver.

OUVERTURE LE 3 NOVEMBRE 1885.

Anatomie normale. — M. TESTUT, professeur. Nerfs rachidiens. — Grand sympathique. — Organes des sens. — Anatomie topographique. Lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures, à la Faculté (amphithéâtre n° 2).

Histologie. — M. TOURNEUX, professeur. Objet, méthode et division de l'anatomie générale. — Notions préliminaires d'embryogénie. — Principes immédiats. — Eléments anatomiques figurés. — Substances amorphes — Humeurs. — Tissus (systèmes). Mardi, jeudi, samedi, à 5 h., à la Faculté (amphithéâtre n° 3).

Anatomie pathologique et pathologie générale. — M. HERMANN, professeur 2e PARTIE DU COURS. Anatomie pathologique spéciale : muqueuses, parenchymes, organes des sens. — Maladies constitutionnelles. — Maladies de l'appareil digestif et de ses annexes. — Maladies du système nerveux. Mardi, jeudi, samedi, à 4 heures, à la Faculté (amphithéâtre n° 3).

Pathologie médicale. — M. LEROY, chargé du cours. Lundi, mercredi, vendredi à 5 h. à la Faculté (amphithéâtre n° 3).

Clinique médicale. — M. WANNEBROUCQ, professeur-doyen. Mardi, jeudi, samedi, à 8 h., à l'hôpital Saint-Sauveur.

Clinique chirurgicale. — M. FOLLET, professeur. Lundi, mercredi, vendredi, à 8 h., à l'hôpital Saint-Sauveur.

Clinique obstétricale. — M. PILAT, professeur. Leçons cliniques. Mardi, samedi, à 8 h., à l'hôpital de la Charité.

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques. — M. LELOIR, chargé du cours. Mardi, mercredi, vendredi, à 10 h., à l'hôpital Saint-Sauveur.

Histoire naturelle médicale. — M. MONIEZ, professeur. Zoologie médicale. Mardi, jeudi, samedi à 9 heures 1/2, à la Faculté (amphithéâtre n° 1).

Chimie médicale et Toxicologie. — M. GARREAU professeur. Métalloïdes, métaux et leurs composés au point de vue de la thérapeutique et de la toxicologie. Lundi, mercredi, samedi, à 11 h. à la Faculté (amphithéâtre n° 4).

Physique médicale. — M. TERQUEM, chargé du cours. Propriétés générales des corps, principes de thermodynamique, électricité. Lundi, mercredi, samedi, à 9 h 3/4, à la Faculté (amphithéâtre n° 3).

Pharmacie et Pharmacologie. — M. LOTAR, professeur. Préparation et essais de médicaments chimiques inscrits au codex.— Etude pharmaceutique et pharmacologique des drogues simples extraites des animaux et des végétaux. Mardi, vendredi, à 10 h. 3/4., à la Faculté (amphithéâtre n° 4).

Cours complémentaires.

Ophthalmologie. — M. CUIGNET, chargé du cours. Leçons cliniques. Lundi, vendredi, à 10 h., à l'hôpital Saint-Sauveur.

Maladies des enfants et syphilis infantile. — M. CASTELAIN. Conférences cliniques — Maladies des voies respiratoires. Lundi, jeudi, à 10 h., à l'hôpital Saint-Sauveur.

Conférences.

Conférences d'histoire naturelle. — M. DUPONCHELLE, maîtres de

conférences. Eléments de physiologie et d'histologie animales. — Organographie et physiologie végétales. Mercredi, vendredi, à 5 h., à la Faculté (amphithéâtre n° 1).

Conférences d'anatomie. — M. CHOTIN, chef des travaux anatomiques. Splanchnologie. Organes génito-urinaires. Mardi, jeudi, samedi, à 4 h., à la Faculté (amphithéâtre n° 1).

Conférences de physique. — M. DOUMER, maître de conférences. Pesanteur. Actions moléculaires. Chaleur. Mardi, jeudi, à midi, à la Faculté (amphithéâtre n° 3).

Travaux pratiques. Laboratoires.

Dissections. — M. CHOTIN, chef des travaux anatomiques. Tous les jours, de 1 h. à 4 h., à la Faculté.

Travaux du laboratoire des cliniques. — M. LOBER, chef du laboratoire. Mardi et jeudi, de 2 h. à 5 h., au laboratoire des cliniques.

Travaux pratiques d'anatomie pathologique. M LEGAY, chef des travaux d'anatomie pathologique. Exercices pratiques, démonstrations et manipulations, Lundi, mercredi, vendredi, de 2 à 4 h., à la Faculté.

Travaux pratiques d'Histoire naturelle. — M. MONIEZ, professeur. Lundi, mardi, mercredi, jeudi, vendredi, à la Faculté *(voir l'affiche spéciale).*

Manipulations chimiques et pharmaceutiques. — M. THIBAUT, chef des travaux chimiques. Lundi, mardi, mercredi, vendredi et samedi, de 2 à 5 h., à la Faculté.

Exercices pratiques de physique. — M. MORELLE, chef des travaux de physique. Lundi, mardi, jeudi et samedi, de 2 h. à 5 h., à la Faculté.

Cours annexe.

Cours d'accouchements pour les élèves sages-femmes.—M. GAULARD, agrégé. Théorie des accouchements, accidents qui peuvent les précéder, les accompagner et les suivre. Mardi, jeudi, samedi à 9 h, à la Faculté (amphithéâtre n° 2).

Agrégés : MM. GAULARD, LEROY, DOUMER, DUBAR, BAUDRY, WERTHEIMER et DEMON. — *Chargés des fonctions d'agrégés :* MM. CASTÉLAIN et THIBAUT. — *Prosecteur d'anatomie :* M CURTIS. — *Chefs de clinique :* MM. TRAILL, HOCHSTETTER, COLAS, RICHEZ, COPPENS, COCHET et N...

Dispensaires et consultations gratuites.

A L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

Maladies internes, maladies des femmes et des enfants, maladies externes, maladies des yeux, aux jours et heures indiqués par l'affiche spéciale.

Bibliothèque : M. MAGUIN, bibliothécaire. La bibliothèque est ouverte, tous les jours non fériés, de 10 h. à midi et demi et de 2 h. 1/2 à 6 heures.

Musées : M. DUPONCHELLE, chargé des fonctions de conservateur. Les musées d'anatomie, d'histoire naturelle et de matière médicale sont ouverts les lundi, mercredi et vendredi de chaque semaine, de 2 h. à 5 heures.

Rappel des cours du semestre d'été.

Physiologie. — M. WERTHEIMER.
Pathologie chirurgicale. — M. BAUDRY.
Thérapeutique et matière médicale. — M. JOIRE.
Opérations et appareils. — M. DUBAR.
Clinique médicale. — M. L. HALLEZ.
Clinique chirurgicale. — M. PAQUET.
Clinique obstétricale. — M. PILAT.
Médecine légale. — M. CASTIAUX.
Hygiène. — M. ARNOULD.
Accouchements. — M. GAULARD, maître de conférences.
Chimie médicale organique. — M. LESCŒUR.
Histoire naturelle. — M. MONIEZ.
Pharmacie et Pharmacologie. — M. LOTAR.
Maladies nerveuses et mentales. — M. DUBIAU.
Maladies des yeux. — M. CUIGNET.

Dispositions réglementaires.

Les inscriptions trimestrielles doivent être prises du 2 au 15 novembre, du 2 au 15 janvier, du 1er au 15 avril, du 1er au 15 juillet.

Munis d'un bulletin de versement qui leur sera délivré par le secrétaire de la Faculté, les étudiants se présenteront à la caisse du receveur des droits universitaires, 245, rue Solférino, pour acquitter les droits exigés.

Les aspirants au Doctorat doivent, pour être admis à prendre la 1re inscription, produire les diplômes de bachelier ès lettres et de bachelier ès sciences restreint pour la partie mathématique (Décret du 20 juin 1878), ou, à la place de celui-ci, le diplôme de bachelier de l'enseignement spécial (Décret du 28 juillet 1882).

Les aspirants au Diplôme supérieur de pharmacie doivent justifier du grade de pharmacien de 1re classe et de celui de licencié ès sciences physiques ou ès sciences naturelles et soutenir une thèse ; à défaut du grade de licencié, ils ont à accomplir une 4e année d'études pharmaceutiques, et à subir un examen comprenant une épreuve écrite, une épreuve pratique, et une épreuve orale sur les matières des licences ès sciences physiques naturelles appliquées à la pharmacie (Décret du 12 juillet et arrêté du 31 juillet 1878).

Les aspirants au grade de pharmacien de 1re classe doivent justifier, avant de prendre la première inscription, du grade de bachelier ès lettres ou de celui de bachelier ès sciences complet, de 3 ans de stage accompli dans une officine et validé par un examen spécial. Ils subissent un examen de fin d'année après la 4e et après la 8e inscription, et un examen semestriel après la 10e. (Décret du 12 juillet 1878 ; arrêté du 30 décembre 1878).

Les aspirants au titre d'officier de santé doivent, pour être admis à prendre la 1re inscription, produire le certificat d'études de l'enseignement spécial, ou le certificat de l'examen de grammaire complété par un examen portant sur les éléments de physique, de chimie et d'histoire naturelle conformément au programme d'études des trois premières années de l'enseignement secondaire spécial.

Les aspirants au titre de pharmacien de 2e classe doivent produire le certificat de grammaire, et, en outre, justifier de trois ans de stage accompli dans une officine et validé par un examen spécial. (Décret du 15 juillet 1875 ; arrêté du 30 décembre 1878).

La session de novembre des examens de validation de stage officinal s'ouvrira, à la Faculté, le 6 novembre prochain ; celle des examens de fin d'année, le 5 du même mois. Le stage hospitalier des étudiants en médecine commence pour les aspirants au doctorat, avec la 9e inscription, et pour les aspirants à l'officiat, avec la 5e.

Lille, 29 octobre 1885.

Mon cher Bourneville,

La correspondance de Lille ne comporte pas cette année de grands développements. La Faculté, munie de tout le matériel scientifique nécessaire, ayant en sa possession de riches laboratoires et des cliniques générales et spéciales dont le recrutement est largement assuré, est sortie de la période d'organisation et va désormais vivre de sa vie régulière, cette régularité de vie n'exclut pas du reste le progrès : chaque année le nombre des élèves s'accroît et atteint aujourd'hui, tant en élèves prenant inscriptions qu'en élèves en cours d'examens, le chiffre très respectable de 400. Et tout fait supposer que la rentrée prochaine nous augmentera ce chiffre.

De plus, les constructions s'achèvent, — quoique lentement, il faut l'avouer, — et promettent à bref délai une installation plus large aux différents services.

Quelques modifications sont survenues cette année dans le personnel enseignant. M. Testut, agrégé des Facultés de médecine, dont la haute valeur scientifique n'est pas à démontrer aux lecteurs du *Progrès médical*, a été nommé professeur d'anatomie. M. Hermann, antérieurement chargé du cours, est devenu professeur d'anatomie pathologique. M. Monier, également chargé du cours, a été fait titulaire de la chaire d'histoire naturelle médicale. Ces diverses nominations assurent à la Faculté le concours de jeunes maîtres sur la compétence et l'activité desquels elle peut compter.

La création d'un emploi de maîtresse sage-femme a complété l'organisation de notre maternité. Et les résultats de cette création, au double point de vue de l'instruction des élèves sages-femmes et du fonctionnement du service obstétrical, ont déjà paru des plus satisfaisants. Elle a permis, en effet, le séjour permanent d'élèves femmes *de garde* dans les salles de la clinique ; elle assure d'autre part l'isolement plus complet de la maternité d'avec les autres services et contribuera ainsi à la préservation des femmes accouchées (1).

Je dois enfin signaler deux libéralités dont la Faculté vient d'être l'objet: M. Cazeneuve, le vénérable doyen honoraire, aux efforts persévérants duquel la Faculté de Lille doit son existence, a fondé un prix annuel destiné à récompenser le meilleur élève de 4e année attaché aux cliniques médicales. Nous possédons déjà un *prix de thèse* accordé par le département. Ces récompenses, en stimulant l'émulation, contribuent à l'élévation des études, et on ne saurait trop en remercier les généreux fondateurs.

M. le sénateur Testelin nous a fait don de sa bibliothèque médicale qui vient apporter un précieux appoint à nos collections déjà riches. — Tel est, mon cher Bourneville, le bilan de cette année. Il montre en somme que notre Ecole est en voie de progrès incessants et que chaque année apporte son contin-

(1) Rappelons aussi la création de la chaire des maladies syphilitiques et cutanées, confiée à M. Leloir.

gent de perfectionnements et de créations utiles. Nous souvenant du passé, satisfaits du présent, préparons l'avenir.

X...

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1885-1886.

Ouverture des cours le 3 novembre.

Cours et cliniques.

Cliniques médicales. — M. LÉPINE, professeur; clinique tous les jours; leçon: mardi, jeudi et samedi. Hôtel-Dieu. — M. BONDET, professeur; clinique tous les jours; leçon: mardi, jeudi et samedi. Hôtel-Dieu. — M. RAMBAUD, professeur adjoint; clinique tous les jours; leçon: mardi, jeudi et samedi. Hôtel-Dieu. (Les cliniques générales sont ouvertes à tous les étudiants.)

Cliniques chirurgicales. — M. OLLIER, professeur; clinique tous les jours; leçon: lundi, mercredi, et vendredi. Hôtel-Dieu. — M. L. TRIPIER, professeur; clinique tous les jours; leçon: lundi, mercredi et vendredi. Hôtel-Dieu. (Les Cliniques générales sont ouvertes à tous les étudiants.)

Clinique obstétricale. — M. BOUCHACOURT, professeur; clinique, leçon, mardi, jeudi, samedi, de 11 h. 1/2 à 1 h. La Charité.

Clinique ophtalmologique. — M. GAYET, professeur; clinique, mardi, samedi, de 1 h. à 2 h. 1/2. Hôtel-Dieu.

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques. — M. GAILLETON, professeur; leçon, lundi, vendredi, de 11 h. 1/2 à 1 h. Antiquaille.

Clinique des maladies mentales. — M. PIERRET, professeur (Semestre d'Été). Clinique à Bron. Médecine, 4e année.

Physique médicale. — M. MONOYER, professeur; semestre d'été. Amphithéâtre de physique. Médecine, 1re année.

Chimie minérale. — M. GLÉNARD, professeur; leçon, lundi, mercredi, vendredi, de 1 h. à 2 h. Amphithéâtre de chimie. Médecine, 1re année. Pharmacie, 1re, 2e et 3e années.

Chimie organique et toxicologie. — M. CAZENEUVE, professeur, semestre d'été. Amphithéâtre de chimie. Médecine, 1re année. Pharmacie, 1re, 2e et 3e années.

Matière médicale et botanique. — M. CAUVET, professeur; leçon, lundi, mercredi, vendredi, de 3 à 4 h. Amphithéâtre C. Médecine, 4e année. Pharmacie, 1re, 2e et 3e années.

Zoologie médicale et anatomie comparée. — M. LORTET, professeur; leçon, mardi, jeudi, samedi; de 1 h. 1/2 à 2 h. 1/2. Amphithéâtre A. Médecine, 1re année. Pharmacie, 1re et 2e années.

Anatomie, — M. PAULET, professeur; leçon, lundi, mercredi, vendredi, de 2 h. à 3 h. Amphithéâtre A. Médecine, 2e et 3e années.

Anatomie générale et histologie. — M. RENAUT, professeur; leçon, mardi, jeudi, samedi, de 4 h. 1/2 à 5 h. 1/2. Amphithéâtre A. Médecine, 2e et 3e années.

Physiologie. — M. MORAT, professeur. (Semestre d'été.) Amphithéâtre C. Médecine, 2e et 3e années.

Pathologie interne. — M. TEISSIER, professeur; leçon, lundi, mercredi, vendredi, de 3 à 4 h. Petit amphithéâtre B. Médecine, 2e et 3e années.

Pathologie externe. — M. BERNE, professeur; semestre d'été. Petit amphithéâtre B. Médecine, 2e et 3e années.

Pathologie générale. - M. MAYET, professeur; semestre d'été. Petit amphithéâtre B. Médecine, 2e et 3e années.

Anatomie pathologique. — M. R. TRIPIER, professeur; leçons, mardi, jeudi, samedi, de 1 h. 1/2 à 2 h. 1/2. Laboratoire. Amphithéâtre section C. Médecine, 3e et 4e années.

Médecine opératoire. — M. PONCET, professeur; semestre d'été. Amphithéâtre de la section A. Médecine, 3e et 4e années.

Médecine expérimentale et comparée. — M. CHAUVEAU, professeur; semestre d'été. Laboratoire. Amphithéâtre de la section C. Médecine, 4e année.

Médecine légale. — M. LACASSAGNE, professeur; leçon, lundi, mercredi, vendredi, de 3 h. à 4 h. Amphithéâtre de la section C. La Morgue. Médecine, 4e année.

Hygiène. — M. ROLLET, professeur; semestre d'été. Amphithéâtre de la section C. Médecine, 4e année.

Thérapeutique. — M. SOULIER, professeur; semestre d'été, salle de conférences C. Médecine, 4e année.

Pharmacie. — M. CROLAS, professeur; semestre d'été. Amphithéâtre de la pharmacie. Pharmacie, 1re, 2e et 3e années.

II. Enseignement complémentaire.

Accouchements. — M. DELORE, professeur adjoint; semestre d'été. amphithéâtre de la section B. Médecine, 3e année.

Clinique des maladies des femmes. — M. LAROYENNE, chargé d'une clinique complémentaire; semestre d'été. La Charité. Médecine, 4e année.

Clinique des maladies des enfants. — M. PERROUD, chargé d'une clinique complémentaire; leçon, vendredi, à 9 h. 1/2. La Charité. Médecine, 4e année.

La Bibliothèque de la Faculté est ouverte aux élèves tous les jours, le dimanche excepté, de midi à 5 heures, et le soir, de 7 heures et demie à 9 heures et demie.

Concours pour quatre places de chefs de clinique. — Une de clinique médicale; une de clinique chirurgicale; une de clinique ophthalmologique; une de clinique obstétricale. Les épreuves consisteront en: 1° une épreuve écrite d'anatomie et de physiologie normales ou pathologiques. Le mémoire sera lu par les candidats en séance publique; 2° une série d'épreuves pratiques de laboratoire en rapport avec la nature de la chaire à laquelle les candidats doivent être attachés (analyse chimique, anatomique, histologique de pièces ou produits pathologiques, etc.); 3° une épreuve clinique sur un ou plusieurs malades.

Les concours commenceront le jeudi 29 octobre 1885. — Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté, au moins quinze jours avant la date fixée pour l'ouverture des concours, justifier qu'ils sont agréés par l'administration des hospices et qu'ils possèdent le diplôme de docteur en médecine. Un avis spécial fera connaître aux candidats l'ordre dans lequel auront lieu les concours et la date précise de chacun d'eux.

La durée des fonctions est de deux années. Le traitement qui y est attaché est de mille francs par an. Les chefs de clinique assistent le professeur; ils dirigent les internes, externes et stagiaires; ils sont chargés du service des autopsies et du laboratoire ainsi que des conférences à la contre-visite du soir; en l'absence du professeur, ils sont responsables envers l'administration des hospices de l'ordre et de la régularité dans le service. Les candidats non nommés, qui auront cependant subi avantageusement les épreuves du concours, pourront être appelés, au besoin, à remplir temporairement les fonctions de chef de clinique en l'absence des titulaires.

Lyon, le 25 octobre 1885.

Mon cher Rédacteur en chef,

Je n'ai point cette année d'événement bien saillant à vous raconter. Tous les vides ayant été comblés avant la rentrée dernière, la Faculté a pu continuer le cours de ses travaux, avec un personnel enseignant au grand complet, et un nombre d'élèves très respectable. En effet, des documents fort précis, établis par les soins de Monsieur le Doyen, constatent qu'au début de l'année la Faculté mixte de médecine et de pharmacie comptait 711 jeunes gens, faisant acte de scolarité: ceci dit pour répondre aux appréciations fantaisistes que publient parfois certains journaux spéciaux mal informés, où par exemple on pouvait, il n'y a pas bien longtemps, voir figurer la Faculté de Lyon comme ayant seulement 249 élèves.

En vous disant que notre personnel enseignant était au grand complet, j'ai commis une légère inexactitude, car je dois vous signaler l'absence de deux de nos maîtres les plus estimés, et en même temps les plus suivis. L'un, M. le professeur Paulet, appelé en Algérie par ses hautes fonctions d'inspecteur du service de santé militaire, l'autre M. le professeur Berne, cédant aux fatigues causées par la publication d'un important ouvrage de pathologie chirurgicale, ont dû demander leur mise en congé. Bien que suppléés tous deux avec distinction par MM. les agrégés Pollosson et Charpy, tout le monde espère qu'ils ne tarderont pas l'un et l'autre à venir reprendre la place où les appellent la sympathie des élèves, et l'estime de leurs collègues.

Parmi les modifications spéciales, faites depuis notre dernière causerie, dans l'organisation de l'Ecole, il importe de mentionner la suppression des cours complémentaires pour l'enseignement des pathologies. Cette suppression, nécessitée par des exigences budgétaires, est des plus fâcheuses, en ce sens que les élèves se trouvent fatalement condamnés à ne recevoir qu'un enseignement très incomplet.

Du reste, à en juger par la façon dont ils avaient été suivis autrefois, il est évident que ces cours répondaient bien à un besoin. Dans l'état actuel de l'organisation de la scolarité médicale, en France, l'élève jusqu'à sa 14e inscription, c'est-à-dire jusqu'au milieu de sa troisième année, a l'unique préoccupation de préparer ses examens de physique, chimie, histoire naturelle, anatomie et physiologie; puis en 4e année, les règlements l'obligent à suivre les cliniques spéciales (ophthal-

mologie, accouchements, maladies mentales, maladies de la peau, etc.), les cours de médecine opératoire, anatomie pathologique, hygiène et médecine légale, si bien (situation des plus singulières), qu'il lui reste à peine 6 mois pour apprendre la médecine et la chirurgie tout entière, c'est-à-dire les matières qui, *pour le plus grand nombre*, constituent le but essentiel des études. Or,en six mois, que peut enseigner le titulaire d'une chaire magistrale ? Ne récitât-il qu'un manuel, c'est à peine s'il pourrait remplir le quart de son programme; et il ne semble pas que ce soit précisément le rôle du professeur de Faculté de se borner à énoncer et à expliquer devant les élèves les matières d'un examen. Sa tâche doit être plus élevée. Aussi est-il d'une incontestable nécessité de chercher à multiplier le plus possible les sources de l'enseignement pratique et élémentaire, de façon à faire passer sous les yeux de l'étudiant, et dans un espace de temps relativement court, la plus grande partie des connaissances avec lesquelles il doit être familiarisé avant de se présenter à l'examen de doctorat.

Je tiens à dire cependant que cette situation défectueuse a été corrigée par le zèle et la bonne volonté des agrégés, et cette année M. le Dr Perret s'est mis spontanément à la disposition de la Faculté pour combler cette lacune : le cours bénévole qu'il a fait pendant l'été a eu le succès que lui méritaient les soins qu'il y a apportés.

Une seconde innovation à relever, c'est la mise au concours de la place de chef des travaux anatomiques. Jusqu'ici chaque professeur titulaire, à la chaire duquel est attaché un laboratoire, était assisté par un chef de travaux nommé sans concours, et sur présentation du professeur, approuvée par le Conseil de la Faculté. Dans le but sans doute d'uniformiser cette fonction dans toutes les Facultés de France, Monsieur le Ministre de l'Instruction publique s'est décidé cette année à mettre la place au concours. Placé ainsi dans une situation exceptionnelle vis-à-vis de ses autres collègues, les chefs de travaux d'anatomie générale ou pathologique, médecine opératoire, etc., le chef des travaux anatomiques se trouvera remplir des fonctions qui puiseront dans le concours peut-être plus d'éclat; des ambitions plus nombreuses seront probablement mises en jeu pour les obtenir ; enfin, les réclamations toujours inévitables, lorsqu'une place est donnée à la faveur, seront plus sûrement écartées. Il est permis cependant de se demander si l'ancienne organisation, copiée en partie sur celle de plusieurs universités étrangères en renom, et qui place le chef des travaux sous la dépendance directe du titulaire de la chaire pour en faire son collaborateur obligé, n'était pas plus apte à maintenir l'unité de direction, si nécessaire à un enseignement de cette importance? L'expérience d'ailleurs prononcera bientôt.

En vous signalant plus haut, mon cher Rédacteur, le nombre déjà imposant des élèves de notre Ecole, je n'ai pas voulu vous dire que tous fussent assidus aux cours et aux exercices pratiques. Les leçons de quelques maîtres privilégiés, dont l'enseignement a une portée pratique bien évidente, mises à part, l'élève tend à déserter le cours. Mais ce n'est pas un mal dont Lyon est seul à souffrir. On nous dira, comme je l'ai entendu répéter souvent, que les cours didactiques ont vécu, et que l'élève demande surtout des démonstrations et *des leçons de choses* : cela peut être vrai dans une certaine mesure, mais ce n'est assurément là qu'une partie de la vérité, et je sais bien des cours de démonstration et de choses qui ne sont pas plus favorisés que les autres. Il y a d'autres raisons à cette abstention, et elles apparaissent peut-être avec plus de netteté dans les Faculté de province, où le maître plus facilement en rapport avec la masse des élèves se trouve par cela même mieux en mesure d'exercer une influence directe sur la direction des études : ces raisons tiennent à notre organisation scolaire elle-même, et très certainement en grande partie à la suppression des examens de fin d'année; cela pour des motifs qu'il est aisé de comprendre.

Mais je ne veux pas abuser de votre hospitalité; et si vous voulez bien me le permettre, nous pourrons revenir dans quelque temps sur ce sujet. Je tiens à vous dire cependant en terminant que les élèves de la Faculté de Lyon n'en travaillent pas moins avec ardeur et avec fruit, les derniers concours de l'internat et de l'externat des hôpitaux en sont une preuve; au prochain concours de l'agrégation, Lyon j'en suis convaincu, se fera remarquer aussi bien par le nombre que par la qualité de ses candidats; enfin il suffit de parcourir dans le recueil des thèses de l'année les 60 et quelques travaux originaux qu'il contient, pour trouver une série de mémoires qui font le plus grand honneur aux élèves qui les ont rédigés, comme aux maîtres qui les ont inspirés.

Veuillez, etc. Dr Z.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX.

Cours d'hiver. (Année scolaire 1885-86).

Anatomie. — M. Bouchard. Organes génito-urinaires, ovigénèse, spermathogénèse. Doct. 2e, 3e. Off. 2e, 3e.

Pathologie externe. — M. Azam. Les maladies chirurgicales de l'anus et du rectum et les organes génito-urinaires. Doct. 3e, 4e. Off. 2e, 3e,

Pathologie interne. — M. Dupuy. Maladies des voies respiratoires et circulatoires. Doct. 3e, 4e. Off. 2e, 3e.

Pathologie et thérapeutique générales. — M. Vergely. Des diathèses, l'herpétisme, les maladies à microbes. Doct. 4e.

Médecine légale. — M. Morache. Questions médico-légales afférentes au Code civil : mariage, grossesse, naissance, âge, identité et responsabilité. Doct. 3e, 4e.

Histologie — M. Viault. Première partie du cours : Etudes des éléments anatomiques et des humeurs, Doct. 3e

Matière médicale. — M. Perrens. Etude spéciale des médicaments de toute origine dans l'ordre du cours de thérapeutique. Off. 4e, Ph. 3e.

Chimie. — M. Blarez, agrégé. Généralités de chimie minérale, étude détaillée des métaux. Doct. 1re. Off. 1re. Ph. 1re, 2e, 3e.

Clinique médicale. — M. Picot. Clinique. Doct. 2e, 3e, 4.

Clinique chirurgicale. — M. Lanelongue. Clinique. Off. 2e, 3e, 4e.

Clinique ophthalmologique. — M. Badal. Clinique ophthalmologique. Doct. 4e.

Cours du semestre d'été.

Thérapeutique. — M. de Fleury. Des modificateurs thermiques au point de vue thérapeutique. Doct. 3e, 4e. Off. 4e.

Hygiène. — M. Layet. Hygiène de l'alimentation. Doct. 3e, 4e. Off 4e.

Médecine expérimentale. — M. Jolyet. Circulation du sang. Doct. 2e, 3e. Off. 2e, 3e.

Physiologie. — M. Oré. Fonctions de nutrition : digestion, absorption, chaleur animale, nutrition en général. Doct. 2e, 3e. Off. 2e, 3e.

Anatomie pathologique. — M. Coyne. Des tumeurs; lésions de l'appareil respiratoire. Doct. 4e.

Médecine opératoire. — M. Masse. Opérations que l'on pratique sur les os et les articulations. Doct. 3e, 4e. Off. 3e.

Pharmacie. — M. Figuier. Médicaments d'origine organique. Ph. 1re, 2e, 3e.

Physique. — M. Merget. Acoustique, optique. Doct.-Off. 1re.

Histoire naturelle. — M. Guillaud. Des familles végétales (apétales, monocotylédones). Ph. 1re, 2e, 3e.

Clinique médicale. — M. Pitres. Clinique. Doct.

Clinique chirurgicale. — M. Denucé. Clinique. D.-Off. 2e, 3e, 4e.

Clinique obstétricale. — M. Moussous. Clinique. Doct.-Off. 4e.

Cliniques annexes et cours complémentaires.

SEMESTRE D'HIVER.

Maladies des enfants. — M. Bitot, professeur honoraire. Clinique chirurgicale (non installée). Doct. 4e. — M. Négrié. Clinique médicale. Doct. 4e.

Maladies mentales. — M. Taguet. Clinique. Doct. 4e.

Maladies vénériennes. — M. Venot. Clinique. Doct. 4e.

SEMESTRE D'ÉTÉ.

Maladies des enfants. — M. Bitot, professeur honoraire. Clinique chirurgicale (non installée). Doct. 4e. — M. Négrié. Clinique médicale. Doct. 4e.

Maladies mentales. — M. Taguet. Clinique. Doct. 4e.

Maladies vénériennes. — M. Vénot. Clinique. Doct. 4e.

SEMESTRE D'HIVER.

Enseignement des élèves sages-femmes externes. — M. Lefour, agrégé. Anatomie et physiologie obstétricales, 1re. — Grossesse normale et pathologiqu 2e.

Microbes pathogènes. — M. ARTIGALAS, agrégé. Fièvre typhoïde, choléra, angine. 3e, 4e.

Chirurgie d'armée. — M. LAGRANGE, agrégé. 4e.

SEMESTRE D'ÉTÉ.

Enseignement des élèves sages-femmes externes. — M. LEFOUR, agrégé. Anatomie et physiologie obstétricales; accouchement normal et pathologique. 1re.

Dermatologie. — M. ARNOZAN. Généralités, acné, tumeurs de la peau. Doct.-Off. 3e, 4e.

Auscultation et percussion. — M. RONDOT. Maladies du cœur et des vaisseaux. Doct.-Off. 3e, 4e.

Pathologie externe. — M. BOURSIER. Doct. 3e, 4e.

Conférences.

SEMESTRE D'HIVER.

Anatomie. — M. PLANTEAU, agrégé. Doct.-Off. 1re, 2e, 3e.

— M. PRINCETEAU, prosecteur. Doct. 1re, 2e. Off 1re, 2e.

Anatomie topographique. — M. PIÉCHAUD, agrégé. Doct. 2e, 3e. Off. 2e, 3e.

Accouchements. — M. LEFOUR, agrégé. Dystocie maternelle et fœtale, opérations obstétricales, suite de couches pathologiques. Doct. 4e.

Histoire naturelle (zootogie). — M. PÉRIER, agrégé. Zoologie, classifications, les invertébrés. Doct.-Off. 1re. Ph. 1re, 2e, 3e.

Physique. — M. BERGONIÉ, agrégé. Physique générale, chaleur, magnétisme, électricité. Ph. 1re, 2e, 3e.

SEMESTRE D'ÉTÉ.

Chimie organique. — M. CARLES, agrégé. Doct.-Off. 1re. Ph. 1re, 2e, 3e.

Minéralogie et hydrologie. — M. PÉRIER, agrégé. Ph. 1re, 2e, 3e.

Toxicologie. — N ... Ph. 2e.

Chimie analytique. — M. DENIGÈS, chargé des travaux. (Voir travaux pratiques.) Ph. 2e.

Histoire naturelle (botanique). — M. NABIAS, chargé des travaux. (Voir travaux pratiques.) Doct.-Off. 1re.

Travaux pratiques obligatoires.

SEMESTRE D'HIVER.

Les travaux pratiques sont placés sous la direction des professeurs à l'enseignement desquels ils se rattachent; ils ont lieu trois fois par semaine, du 16 novembre au 15 mars pour le semestre d'hiver, et du 16 mars au 15 juillet pour le semestre d'été.

Histoire naturelle (zoologie). — M. GUILLAUD, directeur. Doct.-Off 1re.

Dissection. — M. PLANTEAU, chef des travaux; M. PRINCETEAU, prosecteur. Doct. 2e, 3e. Off. 2e, 3e; 4e.

Histologie. — M. FERRÉ. Doct. 2e.

Anatomie pathologique. — M. COYNE, directeur. Doct. 4e.

Chimie minérale et pharmacie. — M. DENIGÈS. chef des travaux. Ph. 1re.

Chimie organique analytique, toxicologie. — M. DENIGÈS, chef des travaux. Ph 2e.

Micrographie végétale. — M. NABIAS, chef des travaux. Ph. 3e.

SEMESTRE D'ÉTÉ.

Manipulations chimiques. — M. DENIGÈS, chef des travaux. Doct.-Off. 1re.

Exercices de physique. — M. MERGET, directeur. Doct.-Off. 1re.

Exercices d'histoire naturelle (botanique). — M. GUILLAUD, directeur. Doct.-Off. 1re.

Médecine opératoire. — M. PLANTEAU, agrégé, chef des travaux. — M. PRINCETEAU. prosecteur. Doct. 4e. Off. 3e, 4e.

Physiologie. — M. ORÉ, directeur. Doct. 3e. Off. 2e, 3e.

Anatomie pathologique. — M. COYNE, directeur. Doct. 4e.

Chimie minérale et pharmacie. — M. DENIGÈS, chef des travaux. Ph. 1re.

Chimie organique analytique et toxicologie. — M. DENIGÈS, chef des travaux. Ph. 2e.

Micrographie. — M. NABIAS, chef des travaux. Ph. 3e.

Physique. — N..., chef des travaux. (Deux séances par semaine, du 1er avril au 15 juillet.) Ph. 3e

Récapitulation des jours et heures des cours.

SEMESTRE D'HIVER.

Lundi. — MM. Artigalas, 8 h. Picot, 9 h. Badal, 9 h. Blarez, 10 h. Bouchard, 1 h. Perrens, 1 h. Coyne (travaux pratiques), 1 à 3 h. Vergely, 2 h. Denigès (1re année Ph.), 2 à 6 h. Nabias (3e année Ph.), 2 à 6 h. Morache, 3 h. Princeteau, 5 h. Lefour (sages-femmes), 6 h.

Mardi. — MM. Guillaux (travaux pratiques), 8 à 10 h. Lanelongue, 8 h. Bergonié, 10 h. Lagrange, 1 h. Planteau, 1 h. Périer, 1 h. Azam, 2 h. Denigès (2e année Ph.), 2 à 6 h. Ferré (travaux pratiques), 2 à 4 h. Dupuy, 3 h. Viault, 4 h. Lefour, 5 h. Piéchaud, 5 h.

Mercredi. — MM. Artigalas, 8 h. Picot, 9 h. Badal, 9 h. Négrié, 9 h. Blarez, 10 h. Bouchard, 1 h. Perrens, 1 h. Coyne (travaux pratiques), 1 à 3 h. Vergely, 2 h. Denigès (1re année Ph.), 2 à 6 h. Nabias (3e année Ph.), 2 à 6 h. Morache, 3 h. Princeteau, 5 h. Lefour (sages-femmes), 6 h.

Jeudi. — MM. Guillaud (travaux pratiques), 8 à 10 h. Lanelongue, 8 h. Bergonié, 10 h. Lagrange, 1 h. Planteau, 1 h. Périer, 1 h. Azam, Denigès (2e année Ph.), 2 à 6 h. Ferré (travaux pratiques), 2 à 4 h. Dupuy, 3 h. Viault, 4 h. Lefour, 5 h. Piéchaud, 5 h.

Vendredi. — MM. Artigalas, 8 h. Picot, 9 h. Badal, 9 h. Blarez, 10 h. Bouchard, 1 h. Perrens, 1 h. Coyne (travaux pratiques), 1 à 3 h. Vergely, 2 h. Denigès (2e année Ph.), 2 à 6 h. Nabias (3e année Ph.) 2 à 6 h. Morache, 3 h. Princeteau, 5 h. Lefour (sages-femmes), 6 h.

Samedi. — MM. Guillaud (travaux pratiques), 8 à 10 h. Lanelongue, 8 h. Bergonié, 10 h. Taguet, 10 h. Lagrange, 1 h. Planteau, 1 h. Périer, 1 h. Azam, 2 h. Ferré (travaux pratiques), 2 à 4 h. Denigès (2e année ph.), 2 à 6 h. Dupuy, 3 h. Venot, 3 h. Viault, 4 h. Lefour, 5 h. Piéchaud, 5 h. Lefour (sages-femmes), 6 h.

SEMESTRE D'ÉTÉ.

Lundi. — MM. Merget (travaux pratiques), 7 à 10 h. Pitres, 9 h. Guillaud, 10 h. De Fleury, 2 h. Denigès (3e année ph.), 1 à 5 h. Nabias (1re année ph), 1 à 5 h. Coyne (travaux pratiques), 2 à 4 h. Masse, 3 h. Figuier, 5 h. Boursier, 5 h. 1/2. Lefour (sages-femmes), 6 h.

Mardi — MM. Denigès (1re année doct.), 7 à 10 h. Rondot, 8 h. N... (3e année ph.), 8 h. Moussous, 9 h. Denucé, 9 h. Merget, 10 h. Denigès 1re année ph.), 1 à 5 h. Jolyet, 2 h. Guillaud (travaux pratiques), 2 à 6 h Masse (travaux pratiques), 3 h. Coyne, 4 h. Oré, 4 h. Oré (travaux pratiques), 5 à 6 h. Layet, 5 h. Carles, 5 h. Lefour (sages-femmes), 6 h.

Mercredi. — MM. Merget (travaux pratiques), 7 à 10 h. Pitres, 9 h. Périer, 9 h Négrié, 9 h. Guillaud, 10 h. De Fleury, 2 h Denigès (1re année ph.), 1 à 5 h. Nabias (3e année ph.), 1 à 5 h. Coyne (travaux pratiques), 2 à 4 h. Masse, 3 h. Figuier, 5 h. Lefour (sages-femmes), 6 heures.

Jeudi. — MM. Denigès (1re année doct.), 7 à 10 h, N... (3e année ph.), 7 à 10 h. Moussous, 9 h. Denucé, 9 h. Merget, 10 h. Denigès (2e année ph.), 1 à 5 h. Jolyet, 2 h. Guillaud (travaux pratiques), 2 à 5 h. Masse (travaux pratiques), 3 h. Boursier, 3 h. Coyne, 4 h. Arnozan, 4 h. Oré, 4 h. Oré (travaux pratiques), 5 à 6 h. Layet, 5 h. Carlos, 5 h. Lefour (sages-femmes), 6 h.

Vendredi. — MM. Merget (travaux pratiques), 7 à 10 h. Pitres, 9 h. Guillaud, 10 h. Denigès (2e année ph.), 1 à 5 h. Nabias (3e année ph.), 1 à 5 h. De Fleury, 2 h. Coyne (travaux pratiques), 2 à 4 h. Masse, 3 h. Figuier, 5 h.

Samedi. — MM. Denigès (1re année doct.), 7 à 10 h. Rondot, 8 h. Moussous, 9 h. Denucé, 9 h. Périer, 9 h. Merget, 10 h. Taguet, 10 h. Denigès (2e année ph.), 1 à 6 h. Jolyet, 2 h. Guillaud (travaux pratiques. 2 à 6 h. Masse (travaux pratiques), 3 h. Venot, 3 h. Coyne, 4 h. Arnozan, 4 h. Oré, 4 h. Oré (travaux pratiques), 5 à 6 h. Layet, 5 h. Carles, 5 h.

Agrégés.

Section de médecine. — Pathologie interne et médecine légale : MM. ARNOZAN, RONDOT, ARTIGALAS et LANDE.

Section de chirurgie et accouchements. — Pathologie externe : MM. BOURSIER, PIÉCHAUD, LAGRANGE, DEMONS, DUDON. — Accouchements : M. LEFOUR.

Section des sciences anatomiques et physiologiques. — Anatomie et physiologie : M. PLANTEAU. — Histoire naturelle : M. PÉRIER.

Section des sciences physiques. — Physique : M. BERGONIÉ. — Chimie et toxicologie : M. BLAREZ. — Pharmacie : M. CARLES.

PRIX DÉCERNÉS PAR LA FACULTÉ.

La Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux décerne une série de prix à la suite de concours distincts pour chacune des années d'études dans les deux ordres d'enseignement.

Médecine. — *Prix de Faculté* : 1re *année* : Médaille d'argent et 100 fr. de livres. 2e *année* : Médaille d'argent et 100 fr. de livres. 3e *année* : Médaille d'argent et 185 fr. de livres. 4e *année* : Médaille d'argent et 185 fr. de livres.

Prix du conseil général de la Gironde. — 300 fr.

Prix Gintrac. — 1,200 fr. (Ce prix sera décerné à la meilleure thèse soutenue de l'année scolaire 1882-83 à 1884-85.)

Prix Godard. — *Des thèses de l'année.* — Trois degrés de récompenses : 1° Une médaille d'or de 500 fr. 2° Deux médailles d'argent de 200 fr. 3° Des médailles de bronze. Ce prix, dans son ensemble, est d'une valeur de 1,000 fr., y compris les frais de la frappe des médailles.

Prix Godard. — *Des Docteurs stagiaires* de la Faculté de Médecine de Bordeaux. — Ce prix, d'une valeur de 2,000 fr., est destiné

à faciliter, soit le voyage à Paris que nécessite actuellement le concours de l'agrégation, soit un voyage spécial d'études médicales à l'étranger. A cet effet, un concours sera ouvert à la Faculté le lundi 26 octobre prochain. Sont admis à concourir pour ce prix tous les candidats qui ont été reçus docteurs en médecine à la Faculté depuis le 2 novembre 1882. Les candidats pour ce concours devront se faire inscrire à la Faculté avant le 15 octobre; limite extrême, le 16 avant midi.

Pharmacie. — *Prix de Faculté*: 1re *année*: Médaille d'argent et 30 fr. de livres. 2e *année*: Médaille d'argent et 75 fr. de livres. 3e *année*: Médaille d'or d'une valeur de 300 fr. Les immunités attachées à chacun de ces prix sont : pour les lauréats de 1re et de 2e année, la dispense des droits d'examen de fin d'année afférents à l'année suivante; pour les lauréats de 3e année, la dispense des droits des deux premiers examens de fin d'études et des certificats d'aptitude correspondants. Des mentions honorables pourront, en outre, être accordées en raison du nombre et du mérite des concurrents.

Prix du Conseil général de la Gironde. 200 fr.
— Barbet. . . . . 50 fr.

Les *inscriptions* seront reçues tous les jours, de 10 heures à midi, du 1er au 20 novembre, et pour les trimestres de janvier, avril et juillet, du 1er au 15 de ce mois. Les bacheliers reçus à la session de novembre, les étudiants qui n'ont passé qu'en octobre-novembre les examens correspondant aux 4e, 8e et 12e inscriptions et les engagés conditionnels d'un an, libérés à cette dernière époque, seront admis à se faire inscrire après leur réception ou leur libération. Il leur est accordé à cet effet, après leur libération ou leur réception, un délai qui ne peut dépasser huit jours.

Les *consignations* pour les examens seront reçues tous les jours, à dater du lundi 19 octobre, de 10 heures à midi. Une session, pour les ajournés du mois de juillet, aura lieu du lundi 26 octobre au samedi 31. Pour les autres candidats, les jurys fonctionneront à dater du 3 novembre. — Les examens de validation de stage officinal ont commencé le 3 novembre, à 8 heures du matin.

Les *cours* ont commencé le mardi 3 novembre. Les *travaux pratiques* commenceront le lundi 16 novembre.

Bordeaux, le 28 octobre 1885.

Mon cher Rédacteur,

Pourquoi faut-il qu'au début d'une correspondance où je désirerais ne vous annoncer que de bonnes choses, je sois obligé de vous dire que parmi les vœux formulés l'an dernier, il en est trop, hélas! qui ne se sont pas réalisés, comme nous l'eussions désiré. Loin de nous la prétention de faire l'ombre d'une personnalité : nous nous plaçons, au contraire, sur le terrain que nous considérons comme le véritable pour l'avenir d'une Faculté, dont les débuts et la marche progressive, chaque année, ont été très beaux. Mais nous voudrions en terminer une bonne fois avec ce provisoire dans lequel on semble se complaire trop longtemps. Il est des limites à tout et nul doute qu'il ne finisse par porter un tort sérieux à la prospérité des études médicales dans notre commerciale ville de Bordeaux. Nous ne reviendrons pas cette année sur les plans de la future Faculté, dus à un architecte dont le nom seul est garant, que tout sera parfait : M. Pascal. Mais du plan à l'exécution que de distance! Pour ne citer qu'un fait pris au milieu de beaucoup d'autres : depuis le mois de juillet dernier, les bâtiments des deux ailes de la nouvelle Faculté sont couverts ; les pavillons de dissection le sont également. Il semblait, dès lors, qu'on pouvait s'occuper de l'aménagement intérieur, de l'adjudication des plâtres, planchers, menuiserie, etc. Pas du tout. Est-ce lenteur administrative, incurie, ou, faut-il le dire, manque d'argent ! les devis ne sont pas encore revenus de la Préfecture. C'est à peine si l'on s'occupe des voûtes que l'on recouvre d'une couche épaisse de machefer. Il y aurait cependant nécessité urgente d'abandonner l'ancien local de St-Côme, complètement insuffisant à la marche progressive des études anatomiques. Que de réclamations de la part des gens du quartier de la rue Lalande, sans effet ; sans parler des personnes directement intéressées comme le personnel enseignant.

Voulez-vous encore un exemple ? Quand MM. Lamires, les entrepreneurs actuels ont pris la suite des travaux, il était convenu que pour les ravalements du rez-de-chaussée il y aurait une nouvelle adjudication. Eh bien! on assiste au singulier spectacle que voici. Les ravalements des étages supérieurs sont terminés depuis le mois d'août; on attend encore pour ceux du rez-de-chaussée. Nous ne supposions pas l'an dernier qu'en vous écrivant à propos des pavillons inachevés, en souffrance, « nul doute que d'ici très peu de temps une décision ne soit prise à cet égard : les pluies d'automne et les « rigueurs de l'hiver ne pourraient que détériorer des constructions à ciel ouvert, » nous fussions obligé, un an après, de constater et d'écrire que les poutres destinées au plancher de la Bibliothèque, exposées depuis deux ans aux intempéries des saisons, sont, dans un état tel, qu'il est de toute nécessité d'en changer pas mal. Nous ne voulons critiquer personne, nous nous contentons de signaler le fait. Toutefois, nous tenons à reconnaître que l'Etat s'est imposé, pour notre Faculté, des sacrifices qu'il est juste de mentionner. C'est ainsi que depuis trois ans il verse chaque année 100.000 fr., soit 300.000 francs. Certainement il versera cette année encore 100.000 fr. ; de sorte que la Ville aura bénéficié de 400.000 fr., dont les premiers 100.000 fr. auront été donnés six ans plus tôt, qu'il ne le fallait. puisque les premiers 100.000 fr. devaient être versés l'année seulement que suivrait la prise de possession.

Parmi les modifications sérieuses apportées au fonctionnement des divers services de la Faculté, nous devons vous signaler avec une véritable satisfaction la transformation de la clinique annexe des maladies des yeux en chaire magistrale (décret du 31 décembre 1884); la nomination du professeur Badal, dont le mérite scientifique et l'habileté opératoire sont à la hauteur de la tâche qui lui a été conférée par décret du 4 février 1885. Nous applaudissons à cette transformation aussi juste qu'indispensable. La conséquence forcée, sur laquelle nous avions, du reste, attiré déjà votre attention, était la création d'une place de chef de clinique ophthalmologique. Un concours a été peut-être trop vite institué. Mais, que voulez-vous ? nécessité fait loi : le Dr Puech a été nommé à cet emploi pour un an, le 2 mai 1885. N'étions-nous pas dans le vrai quand nous réclamions avec instance ces deux créations ?

A côté de la nomination magistrale de M. Badal, nous placerons immédiatement celle de M. Figuier, pharmacien militaire, chargé du cours de pharmacie, à la Chaire de pharmacie de la Faculté (6 novembre 1884). Quelques jours après (13 novembre 1884), nous arrivait la nomination du Dr Blarez, comme chargé du cours de chimie que, le titulaire d'alors, le professeur Micé avait dû abandonner, à cause de sa nomination au rectorat de Besançon. Heureux choix que les travaux scientifiques et les qualités enseignantes du Dr Blarez appelaient à cette haute fonction. Enfin, nous vous signalons les nominations du Dr Planteau, professeur agrégé d'anatomie, comme chef des travaux anatomiques (29 décembre 1884) ; du Dr Piéchaud, professeur agrégé de chirurgie, comme maître de conférences d'anatomie (30 décembre 1884) ; la suppression du directeur du laboratoire de chimie remplacé par deux préparateurs : l'un de chimie, l'autre de pharmacie, placés tous deux sous les ordres du chef des travaux pratiques. Nous ajoutons que la place de chef du laboratoire de pharmacie a été supprimée et le traitement affecté à l'augmentation de ceux d'autres fonctionnaires, par suite du décret du 26 juillet 1885, sur la réorganisation des études pharmaceutiques, une demande de création de maîtrise de conférences de toxicologie a été introduite auprès de l'autorité supérieure.

Il est à remarquer que la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux n'a qu'une seule chaire de chimie, alors que ses congénères Lyon et Lille en possèdent deux. Nous ne doutons pas que M. le ministre veuille bien, sinon créer une chaire, du moins allouer un crédit de 1.500 fr. pour une maîtrise. Une seconde chaire d'histoire naturelle serait également indispensable. Le titulaire pourrait combler une lacune en enseignant l'anatomie comparée, la minéralogie, etc. Au mois de juillet dernier, le Dr Denigès a été nommé à la suite de brillantes épreuves, chef des travaux chimiques et pharmaceutiques. Vous n'ignorez pas, mon cher rédacteur, que dans les Facultés mixtes de médecine et de pharmacie, les professeurs de chimie, physique, histoire naturelle, sont chargés d'un double enseignement : médecine et pharmacie. Certains de ces services ont un personnel suffisant. Il n'en est pas de même de la physique où le professeur est chargé de tout Nous faisons, à ce propos, des vœux ardents pour la réalisation prompte des démarches faites par M. le Recteur, au sujet de la création d'une place de chef des travaux physiques spécial aux élèves en pharmacie. D'autre part,

nous savons qu'il est question de laisser tous les services dits accessoires, y compris la thérapeutique, dans les locaux actuellement occupés par la Faculté à St-Raphael. Nous avons déjà touché à ce point là, puisque nous vous avions parlé de l'abandon probable de ce local aux hospices. Rien n'a été fait. Nous sommes toujours dans le statu quo. Combien serait-il désirable, pourtant, dans l'intérêt de tous, que les projets formulés fussent réalisés. Nous avons entendu parler d'un projet dû à l'initiative du professeur Perrens, dont la haute compétence, par sa triple qualité, de professeur de la Faculté, de membre du conseil municipal, de membre de la commission administrative des hospices, devrait décider les plus hésitants. Il ne s'agirait de rien moins que du transport de tous ces services dans des locaux mis à la disposition de la Faculté à St-Julien, auxquels viendrait s'ajouter un terrain limitrophe, occupé par une fonderie, et dont l'expropriation est décidée en principe : dans le cas où il y aurait des résistances, elles seraient faciles à surmonter. De la sorte, la surveillance serait plus aisée, puisque tout serait réuni, pour ainsi dire, sous le même toit,et on n'assisterait pas au singulier spectacle devoir les étudiants de 2e, 3e et 4e années à St-Julien, et ceux de 1re année beaucoup plus nombreux à St-Raphaël ; d'un autre côté, l'hôpital St-André pourrait prendre une extension qui devient de plus en plus nécessaire avec l'augmentation des malades et les exigences de l'enseignement. C'est ainsi que l'insuffisance des locaux se fait surtout sentir à la clinique obstétricale de la Faculté. Ce n'est pas que l'administration hospitalière n'ait promis une clinique : mais il y a bien loin de la promesse à la réalité.

Qu'en résulte-t-il de cette situation ? Un service important de la Faculté est en souffrance. En 1882, il a été créé après avis conforme de l'administration des hospices, à la Faculté de médecine un enseignement pour les élèves sages-femmes externes, comme il en existait à Paris ; institution, qui, du reste, a été imitée à Lyon. Cet enseignement a eu un plein succès, si nous en jugeons par le chiffre croissant chaque année des élèves qui suivent les cours. Aujourd'hui, après un fait regrettable, mais inhérent à l'individualité de deux élèves sages-femmes exclues par voie rectorale sur la demande du professeur Moussons et du professeur agrégé Lefour, l'Administrateur des hospices a demandé purement et simplement la suppression de cet enseignement sous le prétexte qu'il y a trop d'élèves et que c'est encombrant pour l'hôpital. La Faculté s'est fait, dans une certaine limite, l'écho des réclamations de l'administration hospitalière. Elle n'a pas été jusqu'à en accepter la suppression totale, mais elle propose de limiter le nombre d'élèves admises. Le Rectorat de son côté, a fait droit à cette demande et a fixé à vingt les élèves qui pourraient suivre les cours : dix de première année ; dix de seconde année, etc., rien dans l'arrêté ministériel n'autorise, que nous sachions, à restreindre ainsi le nombre d'élèves sages-femmes pas plus que le nombre d'étudiants d'ailleurs. Si l'enseignement appelle trop d'élèves, ce n'est pas leur nombre qu'il faut limiter, ce sont les locaux qu'il faut agrandir. L'administration des hospices est d'autant plus injuste dans les réclamations, qu'elle accorde toutes ses faveurs à l'Ecole départementale d'accouchements, située à Pélegrin, et que s'il existait une juste répartition dans la distribution des femmes enceintes et accouchées, on n'assisterait pas à ce spectacle déplorable pour l'enseignement de la Faculté, de voir un service de 40 malades, destiné à l'Ecole départementale, alors qu'il y en a un tiers à peine, à la clinique obstétricale. Il est vrai que l'enseignement gratuit à la Faculté est rémunéré à Pélegrin.

Avant d'abandonner complètement la question des hôpitaux, nous tenons à vous dire un mot de l'hôpital des enfants. Voici les termes dont s'est servi dans la séance de distribution des prix de vertu à l'hospice des Enfants-Assistés, M. Lanusse, son administrateur. « Les résultats ne pourront que s'améliorer « dans l'avenir, lorsque les enfants du premier âge seront « placés dans les crèches vastes, bien aérées du nouvel hospice « où nos petits malades seront éloignés dans des infirmeries « complètement séparées. Cet avenir n'est plus très éloigné. « La construction de notre hospice-hôpital de la route de « Bayonne où nous espérions être réunis cette année, a subi « des retards imprévus dont le premier effet a été de différer la « prise de possession. Cependant je ne crois pas être trop téméraire en fixant cette époque dans la deuxième moitié de « l'année prochaine. En effet, sur treize pavillons principaux, « dix sont très avancés, et les trois autres en bonne voie « d'achèvement. Il ne reste à attaquer que le pavillon des services et deux petites constructions pour la diphthérie et la « chambre mortuaire. »

Ces paroles sont d'un bon augure pour les cours complémentaires (cliniques interne et externe des maladies des enfants). Pourvu qu'elles se réalisent !

Dans le courant de cette année a paru sur le fonctionnement de la Faculté de Lyon, un travail du professeur Lortet ; cet excellent doyen, la présentait comme la première Faculté de province. Déjà le professeur Layet (de Bordeaux) a répondu dans un article très bien fait, inséré dans *La Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux* (26 juillet 1885). Nous nous contentons, en vous signalant les statistiques comparées des deux Facultés qui s'y trouvent, et d'où il découle que Bordeaux vient immédiatement après Paris, de confirmer ce qui a été écrit, par les résultats de l'année scolaire 1884-85.

	ANNÉE SCOLAIRE 1883-1884.				OBSERVATIONS.	ANNÉE SCOLAIRE 1884-1885.				OBSERVATIONS.
	Nombre des élèves ayant accompli un acte.	Examens probatoires subis.	Certificats d'aptitude délivrés.	Diplômes conférés.		Nombre des élèves ayant accompli un acte.	Examens probatoires subis.	Certificats d'aptitude délivrés.	Diplômes conférés.	
Docteurs	396	542	531	47	En doctorat . . 28	441	702	658	35	En doctorat . . 24
Officiers de Santé	79	31	25	11	En pharmacie. »	74	35	31	11	En pharmacie. »
Pharmaciens de 1re classe (Diplome supr)	3	»	»	1		2	»	»	1	
Pharmaciens. . de 1re classe	76	82	55	19		81	85	59	15	
— de 2e classe	125	89	57	24		135	67	41	13	
Sages-femmes. de 1re classe	28	55	27	73		25	44	19	19	
— de 2e classe	5	5	5	5		19	1	1	1	
Herboristes . . de 1re classe	3	3	3	3		»	»	»	»	
— de 2e classe	1	1	1	1		1	1	1	1	
Totaux	716	818	704	138	Élèves militaires. . .	778	935	810	96	Élèves militaires. . .
Recettes effectuées	118.682 fr. 50					110.607 fr. 50				
Droits d'inscription que l'état rembourse à la Ville	50.560 fr. »					56.835 fr. »				
Total des recettes pour la Ville	161.242 fr. 50					167.442 fr. 50				

S'il existe une différence dans le nombre des diplômes conférés, cela tient simplement au décret du 30 juillet 1883, autorisant MM. les étudiants à subir les examens de doctorat et à

soutenir leur thèse dans la Faculté qu'ils désirent. — Bien que beaucoup d'étudiants filent sur Paris, les recettes de l'année ne sant pas moins supérieures à celles de l'année précédente de 6,200 fr.

Recevez, mon cher Rédacteur, l'assurance de nos meilleurs sentiments. X***

École de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes.

A cette Ecole, de même que dans les Facultés de Médecine et les Ecoles supérieures de Pharmacie, les élèves peuvent prendre toutes leurs inscriptions et subir tous leurs examens de fin d'année. Les aspirants au titre de docteur en médecine peuvent y subir les deux premiers examens probatoires du doctorat. La circonscription de l'Ecole de Nantes comprend les départements de la Loire-Inférieure, de la Vendée, des Deux-Sèvres, de la Charente et de la Charente-Inférieure.

Année scolaire 1885-86.

Les cours ont commencé le mercredi 4 novembre 1885.

Semestre d'hiver.

Anatomie. — Tous les jours, à midi. Professeurs, MM. Jouon, Rouxeau, suppléant.

Chimie. — Tous les jours, à 1 heure. M. Andouard.

Physique. — Mardi, jeudi, samedi, à 3 heures. M. Leduc.

Matière médicale. — Mardi, jeudi, à 4 heures. M. Menier.

Pathologie chirurgicale. — Mardi, jeudi, samedi, à 4 heures. M. Montfort.

Médecine légale et hygiène. — Lundi, mercredi, vendredi, à 4 h. M. Lapeyre.

Accouchements.—Lundi, mercredi, vendredi, à 3 h. M. Guillemet.

Les dissections, obligatoires pour les étudiants de 2e et 3e année sont dirigées par M. Lerat chef des travaux anatomiques.

Semestre d'été.

Pharmacie et toxicologie.—Lundi, mercredi, vendredi, à 1 heure. M. Herbelin.

Physiologie. — Lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures. M. Laennec.

Histologie et anatomie pathologique. — Lundi, mercredi, vendredi, à 3 heures. A Malherbe.

Histoire naturelle médicale. — Mardi, jeudi, samedi, à 1 heure. Professeur. M. Bureau.

Thérapeutique.—Mardi, jeudi, samedi, à 3 heures. M. Chartier.

Pathologie médicale. — Mardi, jeudi, samedi, à 2 heures. M. Viaud-Grand-Marais.

Médecine opératoire.—Bandages et appareils. — Mardi, jeudi, à 5 heures. M. Poisson, suppléant.

Chimie biologique.— Mercredi, vendredi, à 3 heures. M. Bertin, suppléant.

Hygiène.—Mercredi, samedi, à 5 heures. M. Hervouet, suppléant.

Cliniques.

Clinique médicale.— Lundi, mercredi, vendredi, de 8 à 11 heures. Les élèves de 3e et 4e année, aspirants au doctorat, et les élèves de 2e, 3e et 4e année, aspirants à l'officiat, doivent suivre cette clinique. MM Malherbe et Trastour.

Clinique chirurgicale. — Mardi, jeudi, samedi, de 8 à 11 heures. Les élèves de 2e, 3e et 4e année, aspirants au doctorat, et les élèves de 2e, 3e et 4e année, aspirants à l'officiat, doivent suivre cette clinique. MM. Chenantais et Heurtaux.

Clinique obstétricale. — Mardi, jeudi et samedi, à 4 heures. Tous les étudiants de 3e et 4e année doivent suivre cette clinique. M. Guillemet.

Clinique ophthalmologique à l'Hôtel-Dieu. — Consultations gratuites tous les jours, sauf le jeudi, au Dispensaire de l'Ecole. leçons théoriques et pratiques à 1 heure. M. Dianoux, professeur suppléant.

Clinique des maladies des enfants et des vieillards. — Hospice général, mardi, jeudi, samedi, de 7 à 9 heures. M. Kirchberg, suppléant.

La Bibliothèque est ouverte tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de 8 à 10 heures le matin, de midi à 4 heures et de 7 à 9 heures le soir. — Le *Musée anatomique* et celui des collections de matière médicale sont ouverts tous les jours, de midi à 4 heures.

Cours obligatoires suivant les années d'études.

ÉTUDIANTS EN MÉDECINE.

Première année. — Hiver : Chimie, Matière médicale, Physique, travaux pratiques de chimie. Officiers de santé, ostéologie et arthrologie. — Été : Histoire naturelle, chimie biologique, travaux pratiques d'histoire naturelle, travaux pratiques de physique.

Deuxième année. — Hiver : Anatomie, travaux pratiques de dissection, petite chirurgie. Officiers de santé, Pathologie chirurgicale. — Été : Physiologie, histologie élémentaire, travaux pratiques de physiologie, travaux pratiques d'histologie.

Troisième année. — Hiver : Anatomie, travaux pratiques de dissection, pathologie chirurgicale. — Été : Physiologie, anatomie pathologique, pathologie médicale, thérapeutique, accouchements, médecine opératoire, travaux pratiques de physiologie, travaux pratiques de médecine opératoire, travaux pratiques d'anatomie pathologique.

Quatrième année. — Hiver : Médecine légale, pathologie chirurgicale, gynécologie. — Été : Anatomie pathologique, thérapeutique, hygiène, accouchements, médecine opératoire, pathologie médicale, travaux pratiques d'anatomie pathologique.

Les cours de chimie, physique, matière médicale, histoire naturelle, pharmacie et toxicologie, et les travaux pratiques afférents à ces cours sont obligatoires pour tous les étudiants en pharmacie.— Les travaux pratiques de chimie, obligatoires pour tous les élèves en pharmacie et tous les étudiants en médecine de première année, auront lieu : pour les étudiants en médecine de première année, les mardi, jeudi, samedi, de 1 à 4 heures. Pour les étudiants en pharmacie, les lundi, mercredi, vendredi de chaque semaine, de 8 à 11 h.— Ils seront dirigés par M. Audrain, chef des travaux chimiques et pharmaceutiques. — Les travaux pratiques de petite chirurgie auront lieu en novembre et décembre et seront dirigés par M. Poisson, professeur suppléant, mercredi et vendredi, de 2 à 3 h. — Des conférences de pharmacie pratique (étude du codex) seront faites les lundi et vendredi de chaque semaine, à 3 h., du 1er février au 31 mars, par M. Herbelin, professeur de pharmacie.— Les travaux pratiques d'anatomie pathologique auront lieu les mardi et samedi, de 2 à 4 h., et ceux d'histologie élémentaire le jeudi de 2 à 4 h. et seront dirigés par M. A. Malherbe.—Les travaux pratiques de physiologie auront lieu tous les mercredis à 1 h. — Les travaux pratiques de pharmacie et toxicologie, obligatoires pour les étudiants en pharmacie, auront lieu les jeudi et samedi de chaque semaine, de 8 à 11 h., et seront dirigés par M. Audrain, chef des travaux chimiques.— Manipulations de physique les mardi, mercredi et vendredi de chaque semaine, de 8 à 11 h., par M. N... — Travaux pratiques de micrographie végétale, les mercredi et vendredi, de 8 à 11 h., par M. N..., professeur suppléant. — Des herborisations, dirigées par M. N..., auront lieu tous les dimanches, pendant le semestre d'été.

N. B.— Les inscriptions ne seront acquises qu'aux étudiants dont l'assiduité aura été constatée à tous les cours, conférences et travaux pratiques. (Règlement intérieur de l'école, établi conformément à l'article 16 du decret du 30 juillet 1883.)

Stage des étudiants en médecine. — Tous les étudiants en médecine sont astreints à faire, pendant deux ans, un stage régulier dans l'un des hôpitaux placés près des écoles où ils prennent leurs inscriptions. — Les aspirants au doctorat qui prendront leur première inscription au mois de novembre devront être pourvus de leurs diplômes de bachelier ès lettres, de bachelier ès sciences restreint, et acquitter les droits de travaux pratiques et de bibliothèque, soit 60 fr. pour la première année, 40 fr. pour la deuxième et la troisième, et 20 fr. pour la quatrième. Les aspirants au titre d'officier de santé acquitteront les mêmes droits.

Nantes, le 8 octobre 1885.

Mon cher Rédacteur,

Nous avons vu cette année fonctionner pour la première fois le nouveau rouage appliqué aux Ecoles de province, pour les empêcher de mourir du coup que leur avait porte le changement de régime dans les examens de doctorat.

Ce nouveau rouage a fonctionné à notre satisfaction complète, comme vous allez le voir, et ce résultat serait un argument de plus en faveur de l'établissement, à Nantes, d'une Faculté, progrès que je n'ai cessé de désirer et de réclamer même sans espoir, et sachant bien que je prêchais dans le désert, mais pour ma satisfaction personnelle.

Je n'insiste donc pas sur ce vœu pour le moment, car on pourrait me reprocher de radoter, de me ramollir ou de m'indurer (suivant la tournure d'esprit du lecteur), et je préfère ne pas trop mériter cette sévère appréciation.

J'oubliais de rappeler, pour ceux qui ne sont pas au courant de la situation des Ecoles de province, que le nouveau rouage auquel je faisais allusion n'est autre que le droit de faire subir au siège de l'Ecole les deux premiers examens de doctorat devant un jury composé de professeurs et d'agrégés de la Faculté dans le ressort de laquelle l'Ecole se trouve située.

Voici le premier résultat obtenu, on verra qu'il est encourageant :

21 élèves se sont fait inscrire pour le premier examen de doctorat. 20 seulement se sont présentés et ont donné lieu à 16 réceptions et 4 ajournements. Les 16 élèves reçus ont obtenu les notes suivantes :

1 extrêmement satisfait.
5 bien satisfait.
5 satisfait.
5 passable.

D'après le rapport du président du jury, ce résultat est supérieur surtout comme *qualité* à celui qu'ont obtenu la plupart des autres Ecoles.

On voit que les conditions dans lesquelles les élèves de Nantes font leurs études sont assez satisfaisantes. Il y aurait néanmoins bien des améliorations à apporter à certaines parties du matériel, et quelques agrandissements dans les locaux seraient fort utiles.

Ainsi le laboratoire d'histologie qui, d'ailleurs, est très vaste et bien situé, est commun aux étudiants en médecine et en pharmacie. Cet inconvénient est diminué par ce fait que les travaux d'histologie végétale ont lieu dans la matinée,les après-midi étant réservées à l'histologie animale et à l'anatomie pathologique ; cependant, la création de deux laboratoires distincts faciliterait beaucoup le travail et permettrait une meilleure organisation de recherches d'histologie normale et pathologique. Quelques modifications dans la situation du personnel seraient aussi désirables ; pour n'en citer qu'une, la clinique ophthalmologique est dirigée depuis près de dix ans par le Dr Dianoux, qui a su donner beaucoup d'éclat à son enseignement et intéresser vivement les élèves à l'étude de l'oculistique, ainsi que le prouvent bon nombre de thèses faites à sa clinique.

Or, M. Dianoux est seulement suppléant de chirurgie. L'importance de son enseignement justifierait la création d'une chaire d'ophthalmologie et rendrait libre une place de suppléant des chaires de chirurgie. Cette création deviendrait encore plus indispensable si, comme il en a été question, on supprime la place de suppléant de la chaire de gynécologie et d'accouchements pour y substituer une place de suppléant de physique dont le besoin est très réel. Tels sont les principaux désidérata que nous avons à signaler pour cette année.

L'année scolaire qui vient de finir a amené dans le personnel les changements suivants :

Le Dr Guillemet chargé du cours d'accouchements et de gynécologie a été nommé professeur titulaire. Un concours ouvert à Paris pour une place de suppléant des chaires de médecine s'est terminé par la nomination du Dr Hervouët. Un autre concours pour une place de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie s'est terminé par la nomination du Dr Rouxeau.

Le Dr Delamarre ayant demandé sa mise à la retraite et ayant été nommé professeur honoraire, distinction méritée par plus de quarante années de professorat actif, a été remplacé dans la chaire d'histoire naturelle par le Dr Louis Bureau.

Enfin, l'Ecole ayant jugé nécessaire pour rehausser et compléter l'enseignement de la clinique, d'avoir des chefs de clinique docteurs, deux concours ont été ouverts et ont donné lieu à la nomination de MM. Ollive, pour la médecine, et de Larabrie pour la chirurgie.

Le nombre des inscriptions prises dans le courant de l'année scolaire a atteint le chiffre de 456 dont 172 de docteurs, 120 d'officiers de santé, 34 de pharmaciens de première classe ; 130 de pharmaciens de deuxième classe. Ce chiffre dépasse de 56 celui de l'année précédente. En somme, la situation de l'Ecole de plein exercice de Nantes est en voie d'amélioration notable.

Veuillez agréer... X...

Ecole de pleine exercice de médecine et de pharmacie de Marseille.

Directeur : M. le Dr J. Chapplain.

Semestre d'hiver 1885-1886.

Les cours ont lieu, depuis le 3 novembre, dans l'ordre suivant :
Professeurs honoraires : MM. Roberty et Girard.

Clinique.

Cliniques médicales : MM. Villard, professeur, et N..., tous les jours à l'Hôtel-Dieu, à 8 h. du matin. Etudiants en médecine de 3e et 4e année.

Cliniques chirurgicales. — MM. Chapplain et Combalat, professeurs, tous les jours à l'Hôtel-Dieu, à 8 h. du matin. Etudiants en médecine de 2e, 3e et 4e année.

Clinique obstétricale. — M. Magail, professeur, hôpital de la Conception, à 11 h. du matin. Etudiants de 4e année.

MM. les Chefs de clinique feront, en outre, des conférences dans le but d'exercer les élèves au diagnostic. Les chefs de clinique de chirurgie apprendront aux élèves les bandages et la petite chirurgie.

Cours d'hiver.

Anatomie. — M. Rampal, professeur, mardi, jeudi, samedi, à 1 h. 3/4. Etudiants en médecine de 2e et 3e année.

Chimie médicale. — M. Rousset, professeur, mardi, jeudi, samedi, à 8 h. 1/4 du matin. Etudiants en médecine de 1re année et étudiants en pharmacie.

Pathologie interne. — M. Nicolas-Duranty, professeur, lundi, mercredi, vendredi, à 5 h. 1/2 du soir. Etudiants en médecine de 3e et 4e année.

Hygiène. — M. Pauchon, chargé de cours. Mardi, jeudi, samedi, à 5 h. du soir. Etudiants en médecine de 4e année.

Physique médicale. — M. Caillol de Poncy, professeur, lundi, mercredi, vendredi, à 6 h. du soir. Etudiants en médecine de 1re année et étudiants en pharmacie.

Matière médicale. — M. Heckel, professeur, mardi, samedi, à 3 h. du soir, jeudi, à 6 h. du soir. Etudiants en médecine de 4e année et étudiants en pharmacie.

Histologie. — M. Jourdan, chargé de cours.

Physiologie expérimentale. — M. Livon, professeur, mardi, samedi, à 3 h. de l'après-midi. Etudiants en médecine de 2e et 3e année.

Ophthalmologie. — M. Marcorelles, professeur suppléant (consultation) : lundi, mercredi, vendredi, à 2 h. de l'après-midi (leçon) : lundi, vendredi, à 2 h. 1/2. Etudiants en médecine de 4e année.

Travaux pratiques. — Dissections.

M. Gamel, professeur suppléant d'anatomie, en l'absence du chef des travaux anatomiques, fera, les lundi, mercredi, et vendredi, à 1 h. 3/4, une leçon sur les sujets qui lui auront été indiqués par M. le professeur d'anatomie. — M. Alezais, prosecteur, fera les mêmes jours, à 3 heures de l'après-midi, une leçon sur l'ostéologie. Les pavillons d'anatomie seront ouverts pendant tout le semestre d'hiver. Les dissections sont obligatoires pour les étudiants en médecine de 2e et 3e année, Elles auront lieu de 3 heures à 6 heures.

Les travaux pratiques de chimie et pharmacie, les conférences sur les manipulations et les travaux d'histoire naturelle et d'histologie, auront lieu aux heures habituelles, sous la direction de MM. Robert et Roule, chefs des travaux.

Cours complémentaires.

Clinique des maladies mentales, le dimanche, à l'asile Saint-Pierre, où seront admis, sur la présentation de leurs cartes, MM. les étudiants en médecine de 3e et 4e année.

Semestre d'été.

Pathologie externe. — M. Pirondi, professeur, mardi, jeudi, samedi, à 11 h. du matin.

Pharmacie — M. Roustan, professeur, mardi, jeudi, samedi, à 5 heures du soir.

Histoire naturelle, botanique. — M. Bouisson, professeur, lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures du soir.

Zoologie. M. Pauchon, professeur suppléant, mercredi, vendredi, à 6 heures du soir.

Anatomie pathologique. — M. Laget, professeur, lundi, mercredi, vendredi, à 4 h. 1/2.

Physiologie. — M. Livon, professeur, lundi, mercredi, vendredi, à 11 heures du matin.

Thérapeutique. M. Roux de Brignoles, chargé de cours.

Médecine opératoire. — M. Villeneuve fils, professeur suppléant, mardi, samedi, à 5 h. 1/2 du soir.

Chimie organique. — M. Rietsch, professeur suppléant, mercredi, vendredi, à 3 h. 1/2.

Médecine légale. — M. Fallot, professeur suppléant.

Pathologie générale. — M. Boinet, professeur suppléant.

Marseille, 16 octobre 1885.

Monsieur le Directeur,

J'ai l'honneur de vous adresser les rectifications que vous m'avez demandées relativement au personnel de l'Ecole.

Les observations que vous ajoutiez l'an dernier, relativement à nous, sont encore absolument vraies aujourd'hui. Nous vivons dans le marasme et réclamons la justice qui est due à

notre ville. Seconde ville de France, Marseille ne possède pas d'institutions médicales d'ordre supérieur, alors que nos hôpitaux, notre population offrent des éléments d'instruction qui manquent à la Faculté de médecine du sud de la France.

On a dépensé bien de l'argent pour faire vivre des Facultés qui sont pour leur région dans des conditions d'infériorité de l'enseignement et de l'instruction des médecins. Marseille est la porte de la France, sur la Méditerranée, vers un monde dont on ne connaît pas les limites. C'est une terre qui, pour fructifier, ne demande que d'être ensemencée, et on la laisse inculte !

Veuillez agréer, Monsieur le Directeur, l'assurance de ma haute considération. X...

ÉCOLES PRÉPARATOIRES DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Ecole d'Alger.

A l'École préparatoire de médecine et de pharmacie l'enseignement est donné par douze professeurs titulaires, deux professeurs de clinique complémentaire, six professeurs suppléants, deux chefs de travaux, trois chefs de clinique, un prosecteur et un aide d'anatomie et quatre préparateurs de physiologie, d'histoire naturelle, de chimie et de pharmacie. Il y a en outre deux cours libres de pathologie mentale et nerveuse et de maladies du larynx, du nez et des oreilles

Professeurs titulaires.

Anatomie. — M. Trolard
Physiologie. — M. Rey.
Pathologie interne. — M. Texier.
Pathologie externe. — M. Vincent.
Clinique médicale. — M. Gros.
Clinique chirurgicale. — M. Bruch.
Clinique obstétricale et gynécœlogique. — M. Trollier.
Hygiène et médecine légale. — M. Sésary.
Thérapeutique. — M. A. Bourlier.
Histoire naturelle. — M. Trabut.
Pharmacie et matière médicale. — M. Battandier.
Chimie et toxicologie. — M. Duval.

Cours complémentaires de clinique.

Maladies syphilitiques et cutanées. — M. Gémy.
Maladies des enfants. — M. Caussanel.

Professeurs suppléants.

Anatomie et physiologie. — M N...
Chaires de pathologie et de clinique internes. — M. Moreau.
Chaires de pathologie et de clinique externes. — M. Merz.
Chaire de chimie et toxicologie. — M. Guillemin, chargé aussi du cours de physique.
Chaire de pharmacie et matière médicale. — M. Ducruzel.
Chaire d'histoire naturelle. — M. Soulié.
Chef des travaux anatomiques. — M. Deshayes.
Chef des travaux chimiques. — M Ducruzel.
Chefs de clinique : MM. Salière (médecine) ; Ramakers (chirurgie); Cochez (obstétrique).
Préparateurs : MM. N... (prosecteur d'anatomie); Gegbre (aide d'anatomie); Chalançon, préparateur de physiologie; Hanoune (chimie); Benoit (Histoire naturelle) ; Hugues (Pharmacie).

L'instruction pratique est donnée comme il suit :

Clinique. — C'est à l'hôpital civil de Mustapha, comprenant 600 lits répartis en onze services, que l'Ecole a ses cinq cours de clinique, et de plus, un pavillon spécial avec amphithéâtre d'opérations, servant de salle de cours, salle d'oculistique, laboratoire de chimie, etc., spécialement destinés à l'enseignement de la clinique et édifiés par le Conseil Général.

1° *Clinique médicale.* — Elle occupe un pavillon de 40 lits (Salle Trousseau) avec cabinets d'isolement pour les hommes, et la moitié d'un autre pavillon (Salle Bichard) avec 20 lits et cabinets pour les femmes. Ce service a reçu cette année, 382 malades : 40 femmes, 272 hommes.

2° *Clinique chirurgicale.* — Ce service occupe un pavillon (Salle Dupuytren) de 40 lits avec cabinets pour les hommes et dans le pavillon (Salle Bichard) 20 lits et des cabinets pour les femmes. Il y a été traité 266 malades : 107 femmes et 159 hommes et 109 opérations importantes ont été pratiquées.

3° *Clinique obstétricale.* — De création récente, elle occupe le pavillon de la maternité (Salle Dubois) et comprend une salle pour les femmes attendant leur délivrance 24 lits, une salle d'accouchées, 16 lits avec des berceaux, salle de travail. Dans l'année, il a été pratiqué 150 accouchements.

4° *Clinique des maladies des enfants.* — Installée dans deux anciens pavillons contenant chacun 45 lits. Il y a été traité 251 enfants : 98 filles, 153 garçons.

5° *Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.* — Elle occupe dans deux anciens pavillons, une salle de 35 lits pour la dermatologie et deux autres de 66 lits ensemble pour les syphilitiques. Ce service a reçu 481 malades, 48 pour maladies cutanées et 364 pour la syphilis. La plupart des autres services sont occupés par des professeurs de l'Ecole, médecins et chirurgiens des hôpitaux nommés au concours. Les étudiants y trouvent un enseignement pratique sur toutes les branches de la pathologie. L'hôpital a 12 internes en médecine, 10 en pharmacie et un externe par service. Les internes et les externes sont nommés au concours; pour se présenter à l'internat, il faut avoir été externe pendant un an après concours ou avoir deux années de stage hospitalier. Les appointements des internes sont fixés comme il suit : 1re classe, 1200 fr. par an ; 2° classe 1000 fr., provisoires, 800 fr. quand ils sont en exercice.

Prix Poisson. — Le prix remis à la séance de rentrée des écoles, est institué pour les internes en médecine de 3e année, il consiste en une médaille d'argent et une somme de 150 francs. Le lauréat est promu à la 1re classe et prorogé d'une année dans ses fonctions.

Anatomie. — Les travaux pratiques d'anatomie et de médecine opératoire ont lieu à l'hôpital civil, dans un pavillon comprenant un amphithéâtre de dissection, une petite salle de cours et deux cabinets, pour le professeur et le chef de travaux, le prosecteur et l'aide d'anatomie. Le nombre des sujets est de 150 environ pour le semestre d'hiver, (dissection) et de 80 pour celui d'été (Médecine opératoire). Les dissections ont lieu tous les jours, sous la direction du chef de travaux, du prosecteur et de l'aide d'anatomie, les élèves sont munis de carnets sur lesquels sont inscrites les préparations faites par chacun d'eux pendant l'hiver. Les exercices de Médecine opératoire ont lieu deux fois par semaine en été, ils sont dirigés par le professeur suppléant des chaires de chirurgie ; les autres jours, les élèves peuvent s'exercer sous la surveillance du prosecteur.

Chimie. — Les travaux pratiques ont lieu pendant toute l'année scolaire sous la direction du chef de travaux et du préparateur. Les élèves sont divisés par série. Ceux de 1re année (Médecine et Pharmacie) sont réunis en une série, les élèves en pharmacie de 2e et de 3e année forment la seconde. Les séances de manipulations ont lieu deux fois par semaine pour chaque série, elles durent 3 heures chacune. Les élèves inscrivent leurs préparations sur des carnets que contrôle le chef de travaux.

Histoire naturelle. — Les travaux pratiques ont lieu dans une salle du pavillon des cliniques de l'Ecole à l'hôpital civil. Les élèves sont exercés à faire une série de préparations botaniques et zoologiques qu'ils reproduisent par le dessin. Pour ces études, ils font un emploi presque constant du microscope et acquièrent ainsi l'habitude du maniement de cet instrument. Ces travaux ont lieu deux fois par semaine, pendant toute l'année, sous la surveillance du professeur, il sont dirigés par le professeur suppléant et le préparateur.

Pharmacie et matière médicale. — Les manipulations ont lieu deux fois par semaine, sous la direction du professeur suppléant, elles sont spéciales aux élèves en pharmacie de 2e et 3e année. Les élèves sont répartis par groupes ayant la disposition d'un microscope, et disposant des instruments du laboratoire, chambre claire, microtomes, etc Toutes les préparations sont dessinées.

Histologie, anatomie pathologique. — Ces travaux ont été installés dans un petit laboratoire construit sur des galeries de l'ancien local de la rue Rene-Caillé, bien éclairé. Les séances ont lieu une fois par semaine en dehors des conférences faites par les suppléants et sous leur direction. Les élèves sont exercés à l'examen de pièces préparées et à la préparation de pièces mises à leur disposition ; ils examinent ainsi des tumeurs et des produits pathologiques : les meilleures préparations sont conservées pour l'étude.

L'École possède aussi un petit *jardin botanique* à l'hôpital civil; un musée d'anatomie normale et pathologique à l'amphithéâtre de dissection. Une collection d'histologie normale et pathologique à l'École de médecine, un droguier à l'Ecole aussi; une collection d'histoire naturelle (zoologie et botanique) au pavillon de l'Ecole à l'hôpital et à l'Ecole.

En plus de ces installations provisoires et restreintes, en attendant l'achèvement des batiments du camp d'Isly, mais cependant suffisantes pour permettre de donner aux élèves l'instruction pratique indispensable, l'Ecole va être dotée, à bref délai, de locaux vastes et spacieux, installés spécialement pour la chimie et la physiologie. Le pavillon destiné à la *chimie* comprendra, outre un grand amphithéâtre de cours pour cent auditeurs, un laboratoire avec tables de manipulations pour trente élèves, des laboratoires particuliers pour le professeur, le suppléant chef de travaux et le préparateur, salle d'analyses, salle pour les balances, salle pour les expériences à basse température, salle de collections, laboratoire pour les prépa-

rations des examens, hangar pour expériences en plein air. Dans le pavillon de *physiologie*, il y aura un grand amphithéâtre de cours de cent places, un cabinet de recherches pour le professeur, un petit laboratoire de chimie à côté, cabinet pour le préparateur, cabinet de micrographie, cabinet de photographie, salle de vivisection, plus une écurie, des étables pour vaches, porcs et moutons, un chenil, une lapinière, des pièces d'eau pour les poissons et les grenouilles, un petit aquarium pour les animaux marins. Ces laboratoires définitifs installés et aménagés aussi complètement que possible, en tenant compte des installations les plus récentes qui ont été faites dans les établissements universitaires de France et d'Allemagne, doivent être livrés à la fin de la présente année.

En attendant une installation définitive dans les nouveaux pavillons de l'Ecole de Médecine, M. le Ministre nous a accordé pour l'enseignement de la physique, un laboratoire pour les élèves, un cabinet pour le professeur, la communauté du grand amphithéâtre de cours et la moitié du sous-sol du pavillon de physique, attribué à l'Ecole des Sciences.

Ecole d'Amiens.

Directeur. — M. Lenoel.
Directeur honoraire : M. Herbet.

Professeurs titulaires.

Clinique interne. — M. Padieu.
Clinique externe. — M. Herbet.
Pathologie interne. — M. d'Heilly.
Pathologie externe. — M. Peulevé.
Clinique obstétricale et gynécologie. — M. Lenoel, père,
Anatomie. — M. Mollien.
Physiologie. — M. Scribe.
Hygiène et thérapeutique. — M. Richer.
Histoire naturelle. — M. Bernard.
Chimie et toxicologie. — M. Debionne.
Pharmacie et matière médicale. — M. Bor.
Physique. — M. Delage.

Professeurs suppléants.

Clinique interne et pathologie interne. — M. Bax.
Clinique externe et pathologie externe. — M. Léger.
Anatomie et physiologie. — M. Lenoel, fils
Thérapeutique, histoire naturelle. — M. Wallet.
Chef des travaux anatomiques et physiologiques. — M. Léger.
Chef des travaux chimiques et physiques. — M. Wallet.
Prosecteur d'anatomie. — M. Paucellier.
Aide d'anatomie. — M. Gragine.
Préparateur de chimie. — M. Pasquier.
Aides prépateurs. — MM. Delondre et Houriez.
Chef de clinique médicale. — M. Paucelier.
— *chirurgicale.* — M. Huber.
Secrétaire. — M. Foyard.
Bibliothécaire. — M. Chivot.

Ecole d'Angers.

L'École de médecine et de pharmacie d'Angers possède onze professeurs titulaires, 4 professeurs suppléants, 2 chefs des travaux. — Directeur : M. Meleux. Les chaires sont les suivantes :

Thérapeutique et hygiène. — M. Bahuaud, professeur.
Clinique chirurgicale. — M. Dezanneau, professeur.
Pathologie externe. — M. Douet, professeur.
Clinique interne. — M. Farge, professeur.
Pathologie interne. — M. Feillé, professeur,
Accouchements. — M. Guignard, professeur.
Physiologie. — M. Legludic, professeur.
Histoire naturelle. — M. Lieutaud, professeur.
Anatomie. — M. Meleux, professeur.
Pharmacie et matière médicale. — M. Raimbault, professeur.
Chimie et toxicologie. — M. Tesson, professeur.

Professeurs suppléants. — M. Jagot, chaire de médecine, chargé du cours d'hygiène. — M. Mareau, chaire de chirurgie, chargé du cours de médecine opératoire. — M. Gaudin, chargé du cours de physique. — M. Gripat, anatomie, chargé du cours d'histologie. — M. Motais, chef des travaux anatomiques. — M. Hébert, chef des travaux chimiques.

Enseignement pratique.

L'hôpital a 400 lits, tous les services y sont confiés à des professeurs de l'École, en sorte qu'il est entièrement ouvert aux élèves. — *Clinique médicale* : hommes, 40 lits; femmes 30; enfants, 8; plus des tentes et pavillons de contagieux. — *Clinique chirurgicale* : hommes, 50 lits; femmes, 25; enfants, 8; plus des tentes et un service de vénériens. — *Clinique obstétricale* : Maternité, 25 lits. — L'hôpital a cinq internes titulaires et 2 internes provisoires nommés au concours. Ils sont logés, nourris, etc.

Anatomie. — Un chef des travaux, un prosecteur et deux aides d'anatomie nommés au concours. — Pavillon spécial avec laboratoire du professeur, du chef des travaux, des préparateurs, des internes. — Amphithéâtre des élèves; tables pour sept séries.

Chimie. — Un chef des travaux, un préparateur en chef, un en second, deux aides, tous nommés au concours. Laboratoire spécial du professeur et des préparateurs. Vaste laboratoire pour les élèves, avec fourneaux fixes, fourneaux à gaz, forge, étuves, plate-forme et étagère pour réactifs, etc.

Salles spéciales pour histologie, micrographie (avec nombreux microscopes). — Physique, etc. — Bibliothèque ouverte aux élèves; 5,000 volumes de médecine. — Musée. Double série de vitrines ayant 62 mètres de développement. Nombreuses collections.

Ecole de Besançon.

Directeur : M. Chenevier ✻.

Professeurs titulaires.

Anatomie. — M. Bruchon, professeur.
Physiologie. — M. Bornier, professeur.
Chimie et toxicologie. — M. Boisson, professeur.
Zoologie médicale. — M. Magnin, professeur.
Clinique interne. — M. Coutenot ✻, professeur.
Clinique externe. — M. Saillard ✻, professeur.
Clinique obstétricale. — M. Sanderet de Valone ✻, professeur.
Hygiène et thérapeutique. — M. Chenevier ✻, professeur.
Pathologie interne. — M. Druhen aîné ✻, professeur.
Pathologie externe et médecine opératoire. — M. Druhen jeune, professeur.
Pharmacie et matière médicale. — M. Faivre, professeur.
Physique médicale. — M. Henry.

Professeurs suppléants chargés de cours.

Histologie normale. — M. Gounand.
Anatomie pathologique. — M. Gauderon.
Chirurgie des armées et médecine opératoire. — M. Chapoy.
Chimie organique. — M. Tailleur.
Histoire naturelle. — M. N...
Chef des travaux anatomiques. — M. Chapoy.
Chef des travaux chimiques. — M. Serres.

En résumé, le personnel de l'Ecole se compose de 12 professeurs titulaires ; 4 professeurs suppléants chargés de cours ; 2 chefs de travaux ; 2 préparateurs et 2 aides. Un chef de clinique, 5 internes des hôpitaux et 7 externes nommés au concours. Les internes touchent chacun 400 fr. la première année, 600 francs la seconde.

Besançon possède deux hôpitaux : 1° le grand hôpital ou *hôpital Saint-Jacques* renfermant plus de 500 lits. Il est civil et militaire, contigu à l'École. Les cliniques médicale et chirurgicale y sont installées et disposent de 200 lits. Les élèves font le service de toutes les salles, civiles ou militaires. Il y a un laboratoire de clinique très complet ; 2° l'hospice de Bellevaux, renfermant 250 lits environ, contient : la Maternité où se fait la clinique d'accouchements qui dispose de 20 lits ; les malades vénériens, cutanés, aliénés en observation et incurables. Cet hospice est départemental. Tous ces lits sont à peu près constamment occupés et l'Ecole a des ressources hospitalières exceptionnelles. Les cadavres sont en nombre suffisant pour les dissections et la médecine opératoire. Les laboratoires sont bien installés et le mobilier va s'augmentant chaque jour. La bibliothèque, contenant plus de 5000 volumes, est à la disposition des élèves qui peuvent emporter les livres. — Le *Jardin botanique* est dépendant de l'école.

Ecole de Caen.

Directeur : M. Bourienne ; — *Secrétaire* : M. Carrelet.
Semestre d'hiver 1884-1885.

Les cours ont recommencé à partir du 3 novembre dans l'ordre suivant :

Clinique externe ou chirurgicale. — M. Denis-Dumont, professeur, lundi, mercredi et vendredi, à 9 h. 1/2 du matin, à l'Hôtel-Dieu.

Clinique interne ou médicale. — M. Auvray, professeur, tous les mardis, jeudis et samedis, à 8 heures du matin, à l'Hôtel-Dieu.

Clinique obstétricale. — M. Bourienne, professeur, les mardis, vendredis et samedis, à 9 heures 1/2, à l'Hôtel-Dieu.

Anatomie. — M. Fayel, professeur, les lundi, mardi, mercredi et jeudi, à midi, à l'Institut anatomique.

Physiologie. — Professeur : M. Wiart. — *Pathologie externe.* Professeur : M. Delouey. — *Pharmacie et matière médicale.* Professeur : M. Charbonnier.

Pathologie interne. — M. Maheut, professeur, les lundi, mercredi, vendredi et samedi, à 5 heures, au palais de l'Université.

Chimie et toxicologie. — M. Le Petit, professeur, les mardi, mercredi, jeudi et samedi, à 10 heures 3/4, palais de l'Université.

Hygiène et thérapeutique. — M. Chancerel, professeur, les mardi, mercredi, vendredi et samedi, à 4 heures du soir.

Physique. — M. Rouchon, mardi, mercredi, jeudi et vendredi, à 4 heures.

Anatomie (cours complémentaire). — M. Moutier, professeur suppléant pour les chaires d'anatomie et de physiologie, mardi et vendredi, à 7 heures 1/2 du soir.

Travaux anatomiques. — M. Gidon, chef des travaux anatomiques, tous les jours, depuis midi jusqu'à 3 heures 1/2, à l'amphithéâtre. — *Leçons d'anatomie* : Les vendredi et samedi, à midi, à l'amphithéâtre.

Conférences sur l'ostéologie et la syndesmologie.— Pendant les mois de novembre et de décembre seulement, les mardi et jeudi, à 5 heures, palais de l'Université.

Travaux chimiques au laboratoire de l'Ecole, sous la direction de M. Le Petit, les mardi, mercredi, jeudi et samedi, de midi à 4 heures du soir.

Chef des travaux chimiques. — M. Picard.

Semestre d'été 1884-1885.

Clinique externe ou chirurgicale. — M. Denis-Dumont, professeur, tous les jours, à l'Hôtel-Dieu.

Clinique interne ou médicale. — M. Auvray, professeur, mardi, jeudi, samedi, à 8 heures du matin, à l'Hôtel-Dieu.

Clinique obstétricale : M Bourienne, mardi, vendredi, samedi, à 9 heures 1/2, à l'Hôtel-Dieu.

Physiologie. — M. Wiart, professeur, les lundi, mercredi, vendredi et samedi, à midi, palais de l'Université.

Pathologie externe et médecine opératoire. — M. Delouey, professeur, les mardi, mercredi, vendredi et samedi, à 4 heures, palais de l'Université.

Pharmacie et matière médicale. — M. Charbonnier, professeur, les lundi, mercredi, vendredi et samedi, à 11 heures, palais de l'Université.

Histoire naturelle. — M. Pihier, professeur, les mardi, mercredi, jeudi et samedi, à 5 heures du soir.

Médecine légale. — M. Delouey, professeur-adjoint, le jeudi, de 11 heures à midi.

Chirurgie d'armée et secours à donner aux blessés en temps de guerre. — M. Simon, professeur suppléant pour les chaires de Clinique, de pathologie externe et d'accouchements, jeudi et samedi, à 7 heures 1/2 du soir.

Pathologie externe et médecine opératoire (cours complémentaire). — M. Simon, prof. sup., lundi et jeudi, à 4 heures.

Zoologie médicale (cours complémentaire). M. Catois, prof. sup., lundi et vendredi, à 5 heures.

Travaux pratiques afférents à chaque année d'études, de 2 heures à 5 heures du soir.

Ecole de Clermont-Ferrand.

Directeur. — M. le Dr Fleury.
Secrétaire. — M. le Dr Dourif.

Cours annuels, Professeurs.

Clinique externe. — M. Fleury.
Clinique interne. — M. Bourgade.
Thérapeutique. Matière médicale. — M. Imbert Gourbeyre.
Pathologie interne. — M. Dourif.
Pathologie externe. — M. Ledru.
Histoire naturelle. — M. Girod, chargé du cours.
Anatomie. — M. Tixier.
Physiologie. — M. Gagnon.
Chimie minérale. — M. Hugned.
Pharmacie. — M. Rocher.

Professeurs suppléants.

Physique médicale. — M. Fredet.
Histologie. — M. Blatin.
Pathologie interne. — M. Fouriaux.
Chimie organique. — M. Ch. Truchot.
Chef des travaux anatomiques. — M. Pojolat.
Chef des travaux chimiques. — M. Bergounhioux.

Vastes laboratoires de chimie, amphithéâtres d'anatomie, où arrivent de nombreux cadavres provenant de l'Hôtel-Dieu, de l'asile d'aliénés de Clermont, de la maison centrale de Riom.

Cliniques médicales et chirurgicales, pourvues de nombreux malades. Salles d'accouchements mises à la disposition des élèves.

Ecole de Dijon.

Directeur. — M. Gautrelet.
Secrétaire. — M. François.
Professeur honoraire. — M. Chanut.

Professeurs titulaires.

Anatomie. — M. Maillard ; suppl., M. Deroye.
Physiologie. — M. Tarnier.
Pathologie externe et médecine opératoire. — M. Fleurot.
Pathologie interne. — M. Misset.
Clinique interne. — M. Morlot.
Clinique externe. — M. Parizot, chargé du cours.
Accouchements, maladies des femmes et enfants. — M. Gautrelet.
Matière médicale et pharmacie. — M. Viallanes.
Chimie minérale. — M. Margottet, chargé de cours.
Histoire naturelle. — M. Laguesse.
Hygiène et thérapeutique. — M. Collette.

Professeurs suppléants.

Hygiène. — M. Deroye.
Anatomie et physiologie. — M. Pauffard.
Physique médicale — M. Hébert.
Chef des travaux anatomiques. — M. Deroye.
Chef des travaux chimiques. — M. Bellier.
Cours de médecine opératoire et chirurgie des armées. — M. Parisot.

Ecole de Grenoble.

Directeur : M. J. Berger ; *Secrétaire* : M. Imbert.

Semestre d'hiver 1885-1886.

Les cours de ce semestre ont commencé le 3 novembre 1885.

Clinique interne. — M. Berger, professeur, lundi, mercredi, vendredi, à 8 heures 1/2.

Clinique externe. — M. Girard, professeur, mardi, jeudi, samedi, à 8 heures 1/2.

Anatomie. — M. Allard, professeur, lundi, mercredi, vendredi, samedi, à 11 heures.—M. Pegoud, chef des travaux anatomiques, mardi, jeudi, à 11 heures. — Les dissections sont obligatoires pour tous les élèves; elles ont lieu tous les jours, sous la direction du chef des travaux anatomiques, M. Pégoud.

Hygiène et thérapeutique. — M. Berlioz, professeur, lundi, mercredi, vendredi et samedi, à 3 heures.

Pharmacie et matière médicale. — M. Breton, professeur, mardi, vendredi, à 2 heures 1/4.

Chimie et toxicologie. — M. Raoult, professeur, lundi et jeudi, à 2 heures. — *Manipulations*, M. Verne, chef des travaux chimiques, mercredi, à 1 heure. — Travaux pratiques obligatoires pour tous les élèves.

Pathologie interne. — M. Bisch, professeur, mardi, mercredi, vendredi et samedi, à 4 heures.

Histoire naturelle (zoologie). — M. Carlet, professeur, mardi, vendredi, à 1 heure.

Physique.—M. Hurion, professeur, mercredi, samedi, à 9 heures.

Semestre d'été 1885-1886.

Les cours de ce semestre commenceront le 1er avril 1886.

Clinique interne. — M. Berger, professeur, lundi, mercredi, vendredi, à 8 heures 1/2.

Clinique externe. — M. Girard, professeur, mardi, jeudi, samedi, à 8 heures 1/2.

Histoire naturelle (botanique). — M. Carlet, professeur, mercredi, vendredi, à 7 heures 1/2 du matin.

Clinique et cours d'Accouchements. — M. Rey, professeur, lundi, mercredi et samedi, à 1 heure. Clinique, à 2 heures.

Pharmacie et matière médicale. — M. Breton, professeur, mardi, vendredi, à 8 heures 3/4 du matin.

Chimie et toxicologie. — M. Raoult, professeur, lundi, jeudi, à 2 heures. — *Manipulations* dirigées par le Chef des travaux chimiques, M. Verne, mercredi, à 3 heures. — Travaux pratiques obligatoires pour tous les élèves.

Pathologie externe et médecine opératoire. — M. Turel, professeur, lundi, mercredi, vendredi, à 11 heures. Samedi, à 11 heures, démonstrations pratiques par le professeur. — Travaux pratiques obligatoires pour tous les élèves.

Physiologie. — M. Montaz, professeur, mardi, mercredi, vendredi, samedi, à 4 heures.

Physique. — M. Hurion, mercredi et samedi, à 9 heures.

Cours complémentaires.

Exercices pratiques de Micrographie. — M. Gallois, professeur suppléant, jeudi, samedi, à 11 heures.

Exercices pratiques de physique.—M. N.., professeur suppléant, mardi, vendredi, à 3 heures.

Anatomie générale. Histologie. — M. Nicolas, professeur suppléant, lundi, jeudi, à 2 heures.

Exercices pratiques d'histoire naturelle.— M. Gagneu, professeur suppléant, jeudi à 5 heures.

Exercices pratiques de pharmacie. — M. Giroud, professeur suppléant, mercredi et vendredi, à 4 heures.

Démonstrations d'anatomie pathologique. — M. Pégoud, lundi, vendredi, à 9 heures.

Conférences dirigées par les Chefs de travaux et par les Suppléants pendant les deux derniers mois du semestre.

Circonscription de l'École : Isère, Drôme, Hautes-Alpes, Ardèche, Savoie, Haute-Savoie, Ain.

Dispositions générales. — Des registres d'inscriptions sont ouverts au Secrétariat de l'Ecole pour les aspirants au doctorat en médecine, au titre d'officier de santé, au titre de pharmacien de première et de deuxième classe. Tout candidat qui prendra une première inscription sera tenu de déposer entre les mains du secrétaire de l'Ecole : 1° Son acte de naissance, constatant qu'il a au moins dix-sept ans accomplis ; 2° S'il est mineur, le consentement de son père ou de son tuteur l'autorisant à suivre les cours de l'Ecole; 3° L'indication de son domicile dans Grenoble, et celle du domicile de ses parents ; 4° L'étudiant qui aspire au doctorat doit produire, avant de prendre la première inscription, le diplôme de bachelier ès lettres et celui de bachelier ès sciences restreint ou complet ; 5° L'aspirant au titre de pharmacien de 1re classe doit produire le diplôme de bachelier ès sciences ou de bachelier ès lettres, ou de l'enseignement spécial ; 6° L'élève qui aspire au titre d'officier de santé doit déposer le certificat de grammaire exigé, par les règlements, ainsi que le certificat d'examen portant sur les éléments de physique, de chimie et d'histoire naturelle, conformément au programme d'études de l'enseignement secondaire spécial ; 7° L'aspirant au titre de pharmacien de 2e classe doit produire, en s'inscrivant, le certificat de grammaire et le certificat d'examen de validation du stage (Règlement du 31 août 1878). Les inscriptions sont gratuites. Le registre des inscriptions sera ouvert pendant les quinze premiers jours de chaque trimestre. L'inscription ne sera acquise et délivrée que les huit premiers jours du trimestre suivant, et seulement dans le cas où l'élève aura préalablement justifié de sa présence aux cours obligatoires pendant tout le trimestre écoulé.

Le stage dans les hôpitaux, exigé des aspirants au doctorat en médecine et des aspirants au titre d'officier de santé, est obligatoire pour tous ces élèves. Il doit commencer, pour les uns comme pour les autres, après la quatrième inscription validée et se continuer jusqu'à la quatorzième inclusivement (décret du 18 juin 1862). Chaque année de stage réglementaire se compose, déduction faite des vacances, de dix mois complets de service effectif et commence régulièrement le 1er novembre pour se continuer sans interruption jusqu'au 31 août inclusivement. Les élèves des écoles préparatoires de médecine et de pharmacie doivent s'inscrire aux cours de chimie et d'histoire naturelle de la Faculté des Sciences. Les inscriptions dont il s'agit leur seront délivrées gratuitement.

Les inscriptions prises à l'Ecole de médecine comptent, pour toute leur valeur, comme prises dans une Faculté. Les travaux pratiques sont obligatoires, la rétribution à verser est fixée à 15 fr. par trimestre pour la première année et 10 fr. par trimestre pour les 2e et 3e années, et 5 fr. pour la 4e année (*Officiat*, décret du 20 juin 1878).

Les élèves en pharmacie qui aspirent au titre de pharmacien de 1re classe peuvent faire compter huit inscriptions d'Ecole préparatoire pour deux années dans une Ecole supérieure de pharmacie. Les élèves qui aspirent au titre de pharmacien de 2e classe sont tenus de prendre douze inscriptions (décret du 15 juillet 1875). Les étudiants ne seront admis à prendre les cinquième et neuvième inscriptions qu'après avoir subi avec succès un examen de fin d'année (idem). Les travaux pratiques sont obligatoires pendant les trois premières années de cours. La rétribution à verser a été fixée à 25 fr. par trimestre (idem). Le stage en pharmacie a une durée de trois ans.

Les élèves en pharmacie stagiaires attachés à une officine sont tenus de se faire inscrire au Secrétariat de l'Ecole dans les quinze jours de leur entrée dans l'officine. L'inscription est délivrée sur le vu d'un certificat de présence délivré par le pharmacien chez lequel est admis l'élève. Cette inscription doit être renouvelée tous les ans. Pour prendre la première inscription de stage, les candidats doivent être âgés de 16 ans révolus (circulaire du 8 octobre 1861) et être pourvus du grade de bachelier et du certificat de grammaire.

Pour les aspirants au doctorat en médecine deux sessions d'examen seront ouvertes dans l'école préparatoire réorganisée, l'une au mois d'août pour le premier examen probatoire, l'autre au mois d'avril pour la première partie du deuxième examen probatoire.

Les sessions d'examens définitifs auront lieu aux époques suivantes : En août, pour les officiers de santé, les sages-femmes, les pharmaciens de 2e classe et les herboristes ; En novembre, pour les pharmaciens de 2e classe ajournés ou empêchés de se présenter en août; En avril, pour les officiers de santé ajournés en août et pour les sages-femmes.

L'examen de validation de stage aura lieu aux mêmes époques que les examens définitifs des pharmaciens de 2e classe.

Par délibération de l'Ecole de médecine, des concours auront lieu à la fin de l'année scolaire ; les prix obtenus seront décernés dans la séance solennelle de rentrée.

Ecole de Limoges.

Directeur : Dr E. Raymondaud.

Directeur honoraire : M. Astaix ; — *Secrétaire* : M. Pillault.

Circonscription de l'école : Haute-Vienne, Corrèze et Dordogne.

ANNÉE SCOLAIRE 1885-86.

Les cours ont commencé le 3 novembre 1885.

Programme des cours.

Semestre d'hiver. — *Chimie et toxicologie.* — M. Astaix, professeur, directeur honoraire de l'Ecole, lundi, mercredi, vendredi; conférence, samedi, à 11 heures.

Clinique interne — M. P. Lemaistre, professeur, mardi, jeudi, samedi, à 8 heures du matin.

Clinique externe. — M. Raymondaud père, professeur, lundi, mercredi, vendredi, à 8 heures du matin.

Anatomie. — M. J. Lemaistre, professeur, lundi, mercredi, vendredi, samedi, à midi et demi.

Pathologie interne. — M. Dépéret-Muret, professeur, mardi, mercredi, vendredi; conférence, samedi, à 8 heures.

Thérapeutique. — M. Mandon, professeur, lundi, mardi, jeudi, conférence, samedi, à 4 heures.

Semestre d'été. — *Clinique externe.* — M. Raymondaud père, professeur, lundi, mercredi, vendredi, à 8 heures du matin.

Clinique interne.— M. P. Lemaistre, professeur, mardi, jeudi, samedi, à 8 heures du matin.

Accouchements, maladies des femmes. — M. L. Bleynie, professeur, lundi, mercredi, vendredi ; conférence, samedi, à 4 heures.

Physiologie. — M. Thouvenet, professeur, mardi, jeudi, samedi, à 2 heures.

Pathologie externe. — M. Chénieux, professeur, mardi, mercredi, vendredi ; conférence, samedi, à 3 heures.

Histoire naturelle. — M. A. Barny, professeur, lundi, mercredi, vendredi ; conférence, mardi, à 4 heures.

Pharmacie et matière médicale. — M. Pillault, professeur, lundi, mardi, jeudi ; conférence, samedi, à 1 heure.

Professeurs honoraires. — MM. Bleynie, père, et Mazard.

Cours complémentaires et conférences.

Anatomie générale et embryologie. — M. G. Raymondaud, professeur suppléant, les lundis, mercredis, vendredis, à 4 heures. — *Conférences d'anatomie*, mardi, jeudi, à midi et demi, M. Vautrin, chef des travaux anatomiques.

Conférences et manipulations chimiques. — M. Besnard, chef des travaux chimiques, mardi et jeudi, à 7 heures du matin.

Chirurgie des armées (secours à donner aux blessés en temps de guerre). — M. Raymond, professeur suppléant, mardi, jeudi, samedi, à 4 heures.

Hygiène. — M. Boudet, professeur suppléant, lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures.

Physique médicale et toxicologie. — M. Guillaumet, professeur suppléant, lundi et vendredi, à 2 heures.

Professeurs suppléants : MM. Raymond, Boudet, Guillaumet, G. Raymondaud. — *Chef des travaux anatomiques* : M. Vautrin.— — *Chef des travaux chimiques* : M. Besnard.— *Prosecteur:* M. N... — *Préparateur de chimie, pharmacie, etc.* M. Guéraud.

L'Ecole de Limoges présente des facilités particulières pour l'étude de l'anatomie. — Les cliniques médicale et chirurgicale s'exercent dans un vaste hôpital civil et militaire dont les différents services comprennent plus de 400 malades, blessés, femmes en couches, etc. — Tous les ans, cinq places d'internes dans cet établissement sont mises au concours à l'hôpital. Limoges possède une Société de médecine et de pharmacie, un journal organe de cette Société. — L'importante bibliothèque médicale de la ville a été transférée dans une des salles de l'école ; elle est ouverte tous les jours aux élèves.

Ecole de Poitiers.

Année scolaire 1885-1886.

Directeur : M. Chédevergne ; — *Secrétaire* : M. Boistard.

Semestre d'hiver. — *Clinique externe.* — M. Chédevergne, les mardis, jeudis et samedis à 9 h.

Clinique interne. — M. ROBERT, les lundis, mercredis et vendredis, à 9 h.

Anatomie. — M. LACHAISE, les mardis, jeudis et samedis, à midi. —M. N..., chef des travaux anatomiques, les lundis, mercredis et jeudis, à midi.

Chimie et toxicologie. — M. GUITTEAU, les lundis, mercredis, et vendredis, à 1 h.

Pathologie interne. — M. BROSSARD, les lundis, mercredis et vendredis, à 4 h. 1/2.

Thérapeutique. — M. DE LA GARDE, les mardis, jeudis et samedis, à 4 h. 1/2.

Pharmacie et matière médicale. — M. MAUDUYT, les mardis, jeudis et samedis, à 1 h. 1/2.

Semestre d'été. — *Clinique externe.* — M. CHÉDEVERGNE, les mardis, jeudis et samedis, à 9 h.

Clinique interne. — M. ROBERT, les lundis, mercredis et vendredis, à 9 h.

Physiologie. — M. DELAUNAY, les mardis, jeudis et samedis, à 8 h. — Conférence les samedis, à 3 h.

Pathologie externe et médecine opératoire. — M. POISSON, les lundis, mercredis et vendredis, à 4 h.

Accouchements et maladies des femmes. — M. JALLET, les lundis, mercredis et vendredis, à 8 h.

Histoire naturelle médicale. — M. POIRAULT, les lundis, mercredis et vendredis, à 3 h.

Conférences et cours complémentaires.

Physique médicale : M. JOUTEAU, en été, les mercredis et vendredis, à 1 h. — *Chirurgie et médecine operatoire* : M. PION, les lundis, mercredis et vendredis, à 3 h. — *Hygiène*: M. ROLAND, les mardis et samedis. — *Histologie et embryologie* : M. LACHAISE, les mardis, jeudis et samedis, à 2 h.

Travaux pratiques.

Manipulations chimiques: M. JOUTEAU. — *Herborisations* : M. POIRAULT, tous les dimanches, en été. — *Médecine opératoire :* M. PION, en été. — *Anatomie pathologique :* M. N..., les lundis et jeudis en été. — Des cours complémentaires de clinique : 1° d'ophthalmologie; 2° de maladies cutanées et syphilitiques ; 3° des maladies des enfants, seront faits par les suppléants.

Le service hospitalier comprend trois hôpitaux : l'Hôtel-Dieu, où ont lieu les cliniques ; l'Hôpital général, réservé anx vieillards, aux enfants et aux maladies mentales ; l'Hospice des Incurables, qui comprend un service de vénériennes et d'épileptiques. — Une clinique obstétricale est instituée à la Maternité.

Ces nombreux services rendent très faciles, pour les élèves, l'étude clinique des maladies, ainsi que celle de l'anatomie et de l'anatomie pathologique. — Huit tables d'amphithéâtre permettent à huit séries de prendre simultanément part aux travaux.

Les internes, le prosecteur, les aides d'anatomie et les chefs de clinique sont nommés au concours,à mesure que se produisent les vacances. Les élèves sont aussi appelés à profiter des cours de la Faculté des sciences de Poitiers, qui, par suite d'une entente entre les professeurs, complètent ceux de l'Ecole de médecine. Ils sont même autorisés à prendre part aux travaux pratiques qui s'y font et qui peuvent leur être utiles.

La bibliothèque de l'Ecole de médecine, celle de la Ville et celle des Facultés sont chaque jour ouvertes aux étudiants en médecine. Celle de l'Ecole vient d'être, de la part de M. le Dr Raymondet, l'objet d'une importante donation (près de 700 volumes de médecine).

Les collections de l'Ecole sont également bien pourvues, par suite de legs très considérables de plusieurs professeurs de l'Ecole, et par suite des divers concours où des pièces d'anatomie doivent être préparées. L'anatomie pathologique offre des spécimens très remarquables. — Enfin, un certain nombre de médailles viennent stimuler l'émulation des élèves.

Les étudiants devant passer les deux premiers examens de doctorat sans quitter notre école, tout y est organisé pour les y préparer. Pendant le 2e semestre, M. Isambert, professeur à la Faculté des sciences, a l'obligeance d'interroger deux fois par semaine les élèves de 1re année sur la Physique et la Chimie. Et M. le Dr Lachaise, licencié es sciences naturelles, leur fait un cours complémentaire de zoologie et de botanique et les examine sur ces matières. Ce qui ne l'empêche pas, comme Anatomiste, avec l'aide du chef des travaux, d'exercer tous les jours, pendant le semestre d'hiver, théoriquement et pratiquement, les Etudiants de 2e et de 3e année, en vue de la 1re partie du second examen.

Ecole de Reims.

Directeur : M. le Dr A. LUTON ; — *Secrétaire* : A. GENTILHOMME.

La circonscription de l'Ecole de Reims comprend, pour les médecins, les pharmaciens, les herboristes et les sages-femmes, les départements de la Marne, des Ardennes, de la Meuse, de Seine-et-Marne et de l'Aube. L'Ecole a ouvert les cours le jeudi 5 novembre, selon le progamme suivant :

Semestre d'hiver.

Anatomie. — M. L. HARMAN, tous les jours (le dimanche excepté) à 11 heures du matin. Une conférence par semaine.

Pathologie interne. — M. STRAPART, les lundis, mardis et jeudis, à 5 h. du soir. Une conférence par semaine, le samedi, même heure.

Clinique externe. — M. A. DECÈS, les lundis, mercredis et vendredis, à l'Hôtel-Dieu, à 7 heures du matin. Une leçon hors des salles.

Clinique interne. — M. LUTON, les mardis, jeudis et samedis, à l'Hôtel-Dieu, à 7 heures du matin. Une leçon hors des salles.

Chimie minérale. — M. TISSIER, chargé de cours, suppléant, les lundis, mercredis, à 4 heures du soir. Une conférence par semaine.

Physique. — M. BERTINET, chargé de cours.

Pharmacie et matière médicale. — M. LAJOUX, les mardis, jeudis et samedis, à 5 heures du soir. Une conférence par semaine, le lundi, à 1 heure.

Travaux anatomiques et histologie. — M. COLLEVILLE, suppléant d'anatomie, tous les jours à 1 heure 1/2; conférences les lundis, mercredis et vendredis, à 2 heures.

Travaux de laboratoire de chimie, de physique et de pharmacie. — MM. GRANDVAL, LAJOUX, professeurs : VALSER, suppléant, les lundis, mercredis et vendredis, de 1 heure à 4 heures.

Conférences de pathologie générale. — M. LANGLET, suppléant, le samedi, à 5 heures du soir.

Semestre d'été.

Physiologie. — M. MORET, les mardis, jeudis et samedis, à 11 heures du matin. Une conférence par semaine, le lundi, à 3 heures.

Pathologie externe. — M. GENTILHOMME, les lundis, mercredis, vendredis et samedis, à 4 heures. Une conférence par semaine.

Clinique externe. — M. A. DECÈS, les lundis, mercredis et vendredis, à l'Hotel-Dieu, à 7 heures du matin. Une leçon hors des salles.

Clinique interne. — M. LUTON, les mardis, jeudis et samedis, à l'Hôtel-Dieu, à 7 heures du matin. Une leçon hors des salles.

Thérapeutique et hygiène. — M. H. HENROT, les mardis, jeudis et samedis, à 5 heures du soir. Une conférence par semaine.

Accouchements. — M. A. PANIS, les lundis, mercredis et vendredis, à 11 heures. Accouchements tous les jours, à l'Hôtel-Dieu. Une conférence par semaine, le samedi, à 3 heures. Ecole de sages-femmes, à l'Hôtel-Dieu.

Chimie organique et toxicologie. — M. GRANDVAL, les lundis, mercredis et vendredis, à 4 h. du soir. Une conférence le samedi, à 1 h.

Physique. — M. BERTINET, vendredi à 4 heures.

Histoire naturelle médicale. — M. LEMOINE, les lundis, mercredis et vendredis, à 5 heures du soir. Une conférence par semaine.

Travaux de laboratoire de chimie, de physique et de pharmacie. — MM. GRANDVAL, LAJOUX, professeurs (le samedi), M. VALSER et TISSIER, suppléants, les mardis, jeudis et samedis, de 1 heure à 4 heures.

Leçons d'Histoire naturelle expérimentale. — M. JOLICŒUR, les mardis et jeudis, à 3 heures.

Cours de médecine opératoire. — M. P. LÉVÊQUE, suppléant, Les mercredis et vendredis, à 11 heures du matin.

Reims, 25 octobre 1885.

Mon cher Rédacteur,

Dans les quelques renseignements que je vous envoyais l'an dernier, je vous disais qu'on était peut-être loin de vouloir accorder à l'Ecole de médecine de Reims la reconnaissance officielle comme école réorganisée. Cette opinion que je conservais encore, il y a quelques jours, était erronée. Notre directeur vient en effet de recevoir l'avis que cette reconnaissance était absolument décidée et considérée comme un fait accompli. C'est une phase nouvelle dans l'histoire de l'enseignement de la médecine à Reims; sans savoir à l'avance ce qu'elle sera, il y a tout lieu d'espérer qu'elle ne pourra qu'être favorable à l'instruction des élèves et au développement de l'Ecole elle-même.

Une Ecole réorganisée d'après le nouveau système, je n'ai pas besoin de vous le dire, peut voir les élèves qu'elle forme passer sur place le premier examen du doctorat et la moitié du second, celui-ci devant être subi dans le milieu de la troisième année. C'est donc pour eux trois années de séjour assuré dans l'Ecole, sans être soumis à la nécessité d'aller à Paris. Des modifications nombreuses ont dû être apportées dans le budget de l'Ecole; des améliorations considérables dans les bâtiments eux-mêmes. Une construction nouvelle a été faite au-dessus des laboratoires sis au rez-de-chaussée, et on a pu

installer dans ces bâtiments nouveaux un laboratoire de physique, un laboratoire d'histologie, une grande salle de cours, une fort belle salle d'études et enfin un aménagement plus large de la bibliothèque, qui avait déjà été installée, il y a quelques années, dans un beau local devenu rapidement insuffisant. Ajoutons à cela, deux autres salles disposées au rez-de-chaussée pour faire un laboratoire d'histoire naturelle et un laboratoire de physiologie. On ne pourra certes pas nous reprocher de n'avoir pas cédé à ce que j'appelais, l'an dernier, la manie du laboratoire. On prétend cependant que la commission parisienne chargée de visiter l'école, les trouvait encore insuffisants, comme si la Faculté de Paris avait toujours été mise dans ses meubles d'une façon bien luxueuse, ce qui ne l'a certes jamais empêché de travailler beaucoup.

Pour arriver à couvrir les dépenses nécessitées par ces installations nouvelles, le corps des professeurs s'est concerté avec l'administration municipale et a abandonné dans ce but une partie de ses émoluments. Nous croyons même savoir qu'il est question de continuer le prélèvement de cet impôt volontaire, pour compléter et améliorer pendant quelques années le matériel d'enseignement.

Les élèves dans tous les cas, sont dès aujourd'hui assurés que l'Ecole de médecine de Reims vivra, et qu'ils y pourront passer leurs premiers examens. Je ne parle pas des amphithéâtres d'anatomie, et des salles de cliniques du grand hôpital de Reims toujours surabondamment pourvu de malades. Cela, il est vrai, est dans l'enseignement de la médecine moderne un peu relégué au second plan; mais n'en existe pas moins, et que les élèves soient ou non contraints d'y venir et d'en suivre les travaux, ils en profiteront cependant comme par le passé, malgré les programmes, malgré les inspecteurs, malgré le bouleversement des études, pour devenir de bons anatomistes et de bons cliniciens.

Ecole de Rennes.

Directeur : M. Delacour.

L'Ecole de médecine et de pharmacie de Rennes possède treize chaires qui sont les suivantes :

Clinique interne. — M. Delacour, professeur.

Clinique externe. — M. Aubrée, professeur, semestre d'hiver. — M. Dayot, professeur, semestre d'été.

Clinique gynécologique et accouchements. — M. Perret, professeur.

Pathologie interne. — M. Bruté, professeur.

Pathologie externe. — M. Petit, professeur.

Anatomie. — M. Lhuissier, professeur.

Physiologie. — M. Lefeuvre, professeur.

Chimie. Toxicologie. — M. Bellamy, professeur.

Thérapeutique. Hygiène. — M. Regnault, professeur.

Pharmacie. Matière médicale. — M. Macé, professeur.

Histoire naturelle médicale. — M. Louveau, professeur.

Hygiène. — M. X.... professeur suppléant.

Histologie. — M. Accolas, professeur suppléant.

Chirurgie. Accouchements. — M. Blin, professeur suppléant.

Travaux prat. de chimie et pharmacie, M. Bellamy, prof.

Histologie végétale. — M Crié.

Chef des travaux anatomiques. — M. Bertheux.

Physique médicale. — M. X...

Sont également nommés au concours parmi les élèves : 3 chefs de clinique, 6 préparateurs. L'hôpital d'enseignement contient 300 lits et une Maternité.

L'Ecole possède des collections d'anatomie, d'histoire naturelle et de matière médicale. — Les cours de la Faculté des sciences servent aux élèves à compléter leur instruction. — Les élèves peuvent, pendant trois ans, prendre des inscriptions équivalentes à celle des Facultés. Ils ont à leur disposition des laboratoires de chimie, anatomie, histologie, physique, physiologie, histoire naturelle. Professeur suppléant de pharmacie, M. X..., professeur de physique, M. X... Directeur, M. Delacour, secrétaire, M. Treich.

Travaux pratiques de physique. — M. Grandin. — Samedi, de 1 heure à 4 heures.

Histologie. — M. Ledouble, professeur suppléant. — Jeudi, samedi, à midi. — Travaux pratiques : jeudi, à 2 heures.

Ophthalmologie. — M. L. Thomas. — Clinique le dimanche, à 9 heures.

Médecine opératoire. — M. Octave Herpin, professeur suppléant. — Lundi, jeudi, à 4 heures,

Physique. — M. Grandin. — Lundi, mercredi, à 4 heures.

Ordre des cours suivant les années d'étude.

Cours obligatoires pour les aspirants au doctorat (1re année.)

Pendant le semestre d'hiver. — Les cours : d'anatomie, de chimie et de toxicologie, de zoologie, les travaux de dissection, les travaux pratiques de chimie, les travaux pratiques d'histoire naturelle.

Pendant le semestre d'été. — Les cours : de clinique externe, de physiologie, d'histoire naturelle, de physique, de pathologie externe, les travaux pratiques de chimie, les travaux pratiques de physique.

Cours obligatoires pour les aspirants au doctorat (2e année).

Pendant le semestre d'hiver. — Les cours : de clinique externe, de clinique interne, de pathologie interne, d'anatomie, les travaux de dissection.

Pendant le semestre d'été. — Les cours : De clinique externe, de clinique interne, de physiologie, d'accouchement, d'hygiène et de thérapeutique, de pathologie externe; les travaux pratiques d'histologie et de physiologie.

Cours obligatoires pour les aspirants au doctorat (3e année).

Pendant le semestre d'hiver. — Les cours : de clinique externe, de clinique interne, d'anatomie, de pathologie interne, les travaux de dissection.

Pendant le semestre d'été. — Les cours : de clinique externe, de clinique interne, de physiologie, d'accouchements, d'hygiène et de thérapeutique, de pathologie externe; les travaux pratiques d'histologie et de physiologie.

Les aspirants au titre d'officier de santé doivent suivre les mêmes cours et sont astreints à prendre part aux mêmes travaux pratiques. — Les élèves de pharmacie sont tenus de suivre, pendant le semestre d'hiver, les cours de chimie, de pharmacie et de zoologie et les travaux pratiques ; pendant le semestre d'été, les cours d'histoire naturelle et de physique et les travaux pratiques.

Ecole de Rouen.

Directeur : M. Leudet.

Professeurs titulaires.

Anatomie. — M. Tinel.

Physiologie. — M. Pennetier.

Pathologie externe. — M. Merry Delabost.

Pathologie interne. — M. Levesque.

Hygiène et thérapeutique. — M. Olivier.

Clinique d'accouchements. — M. Thierry.

Histoire naturelle. — M. Blanche.

Chimie et toxicologie. — M. Clouet.

Pharmacie et matière médicale. — M. Duprey.

Clinique externe. — M. Duménil.

Clinique interne. — M. Leudet.

Cours complémentaires.

Anatomie générale. Embryogénie. — M. Cerné ; — Démonstrations d'histologie dans le laboratoire d'anatomie microscopique.

Chirurgie d'armée. — M. F. A. Hue.

Physique. — M. Thieulin.

Anatomie pathologique. — M. Petel ; démonstrations d'anatomie microscopique pathologique.

Histologie végétale. — Exercices pratiques, M. Dumont.

Chef des travaux anatomiques. — M. Cauchois.

Chef des travaux chimiques. — M. N...

Professeur adjoint. — M. Gressent.

Ecole de Toulouse.

Directeur : M. Caubet.

La circonscription de l'école comprend les départements de la Hte-Garonne, Ariège, Gers, Lot, Tarn, Tarn-et-Garonne, Hautes-Pyrénées, Basses-Pyrénées, Landes et Lot-et-Garonne.

Semestre d'hiver 1885-1886.

Anatomie. — M. A. Bonamy, professeur titulaire. Lundi, mardi, jeudi et samedi, à 3 heures. — M. Cadène, chef des travaux anatomiques fera un cours complémentaire ; lundi, mercredi, vendredi, à 2 h.

Pathologie externe et médecine opératoire. — M. Labéda, professeur. Mardi, jeudi, samedi à 4 heures. Conférences le samedi.

Pathologie interne. — M. Caubet, professeur titulaire. Lundi, mercredi et vendredi, à 4 heures. Conférences le vendredi.

Pharmacie et matière médicale. — M. Braemer, chargé de cours, Mardi, jeudi et samedi, à 1 h. 1/2. Conférences le samedi.

Clinique interne. — M. Noguès, professeur titulaire. Mardi et samedi, à 8 heures du matin, à l'Hôtel-Dieu. Conférences le jeudi.

Clinique externe. — M. Ripoll, professeur ; lundi et vendredi, à 8 heures du matin, à l'Hôtel-Dieu. Conférences le mercredi.

Physique médicale. — M. Halsey, délégué. Mardi, jeudi, samedi, à 10 h. 1/2. Conférences le samedi.

Chimie. (Cours complémentaire.)— M. Lespiau, suppléant. Lundi, mercredi, vendredi, à 1 h. 1/2. Conférences le vendredi.

Semestre d'été 1885-1886 (16 mars).

Physiologie. — M. Toussaint, professeur, suppléé par M. Fontagnères. Lundi, mercredi et vendredi, à 5 heures. Conférences le vendredi.

Accouchements, maladies des femmes et des enfants. — M. Labat, professeur. Mardi, mercredi et jeudi, à 1 h. 1/2. Conférences le jeudi.

Histoire naturelle. — M. Lamic, chargé de cours. Mardi, jeudi et samedi à 1 h. 1/2. Conférences le samedi.

Chimie médicale et toxicologie. — M. Frébault, professeur titulaire. Lundi, mercredi, vendredi à 1 h. 1/2.

Hygiène et thérapeutique. — M. Basset, professeur titulaire. Mardi, jeudi et samedi, à 2 heures. Conférences le mardi.

Clinique interne. — M. Bonnemaison, professeur titulaire. Mardi, jeudi et samedi, à 7 h. 1/2 du matin. Conférences le samedi.

Clinique externe. — M. Jeannel, professeur titulaire. Lundi, vendredi, à 7 h. 1/2 du matin. Conférences le jeudi.

Pathologie interne. (Cours complémentaire.) — M. Saint-Ange, professeur suppléant. Lundi, mercredi et vendredi, à 4 heures du soir.

Anatomie générale et histologie.—M. Laulanié, délégué. Lundi, mercredi, vendredi, à 1 h. du soir.

Pathologie externe. (Cours complémentaire.)—M. Maynard. Mardi, jeudi, samedi, à 4 h.

Anatomie pathologique. (Cours complémentaire.) — M. André, délégué. Mardi et samedi, à 3 heures.

Travaux pratiques.

Chimie. — Chef des travaux, M. Frébault. Préparateur, M. Raynaud.

Histoire naturelle. — Chef des travaux : M. Lamic. — Préparateur: M. Albert. — *Physique.* — Chef des travaux : M. Bræmer.

Anatomie (dissections). — Chef des travaux : M. Cadène. — Prosecteurs : MM. Baille et Cambours.

Histologie. — Chef du laboratoire : M. Laulanié, délégué.

Manœuvres obstétricales. — M. Labat, professeur. — *Bibliothécaire* : M. Graciette.

Clinique médicale. — Chef de clinique : M. André.

Prix Lefranc de Pompignan. — M. le marquis Lefranc de Pompignan a légué à l'Ecole de Médecine de Toulouse une rente de quinze cents francs par an destinée à fonder un prix qui sera décerné tous les trois ans à l'étudiant en médecine qui aura pris régulièrement, et sans interruption pendant trois ans, ses inscriptions pour le doctorat et se sera fait distinguer par sa bonne conduite et ses progrès. Le lauréat recevra quinze cents francs par an, pendant trois ans, pour aller continuer ses études à Paris. Le prix, qui a été décerné en 1883, sera décerné de nouveau à la fin de l'année 1885, par suite du décès du titulaire de 1883.

Prix Lasserre. — Par suite d'un legs fait à l'Ecole de Médecine de Toulouse, un prix de trois cents francs sera décerné chaque année, s'il y a lieu, à l'élève qui, après avoir étudié trois années dans ladite Ecole, y aura été reçu officier de santé avec le plus de distinction.

Prix Gaussail. — Mme veuve Gaussail ayant fait don à la ville de Toulouse d'une somme de 40,000 fr., dont le revenu doit servir à fonder deux prix à décerner annuellement à des etudiants en médecine, un concours spécial sera ouvert, à la fin de l'année scolaire, pour la délivrance de ces prix, aux élèves de première année et aux élèves de deuxième année.

Prix de l'Ecole de Médecine. — Des concours de prix (médailles et livres) sont institués pour chaque année d'études, en médecine et en pharmacie, et décernés tous les ans dans la séance solennelle de rentrée de l'Ecole préparatoire.

Toulouse, 22 octobre, 1885.

Mon cher Directeur,

La situation de l'Ecole de médecine de Toulouse est toujours la même : le projet de Faculté reste enfermé dans les cartons et s'il n'a pas encore vu le jour, on aurait tort d'accuser la mauvaise volonté des administrateurs ; la question financière est seule en jeu ; malheureusement il est à craindre que l'état des finances de la ville de Toulouse ne permette pas de réaliser cette idée encore de quelques années. Ce n'est pas à dire que les personnes chargées de maintenir les bonnes traditions médicales qui ont contribué à jeter un certain lustre sur notre école, demeurent indifférentes, elles se laissent aller au découragement en présence de ce fâcheux *statu quo* ; leur dévouement n'a pas failli à la tâche qu'elles s'étaient imposées : bien des réformes des plus utiles ont été accomplies et très certainement notre école secondaire, au point de vue de son installation et de son nouvel emménagement, n'a rien à envier aux écoles dites de plein exercic. On pourra facilement en juger par les transformations suivantes :

Le laboratoire de chimie, autrefois si insuffisant comme instruments et superficie, a été transféré dans une salle très vaste, parfaitement éclairée, et a pour annexes une salle de balances et un cabinet pour le chef des travaux.

La galerie de dissection a été l'objet de modifications très judicieuses ; un vestibule servant aux élèves de vestiaire et de lavabo, une salle d'embaumement pour les sujets, deux réduits pour les macérations anatomiques; enfin, elle a été pourvue de tout l'outillage nécessaire aux exercices pratiques.

Dans l'annexe de l'école, dite maison Roux Guy, deux laboratoires nouveaux ont été créés ; au rez-de-chaussée, une longue galerie bien éclairée et orientée au nord, pour les travaux pratiques d'histologie et de micrographie végétale ; un mobilier neuf et confortable, un outillage complet d'instruments micrographiques, deux cabinets pour le professeur et le chef des travaux, telles sont les ressources dont dispose le service nouveau.

Au premier étage de cette annexe, est installé le service de la physique, avec une salle spéciale pour les cours et une grande salle des travaux pratiques, contiguë au cabinet des instruments de physique.

Dans la cour de cette annexe a été édifié le pavillon destiné à la physiologie, où sera installée sous peu la très importante collection des appareils de vivisection, réunie par les soins de M. Toussaint.

La bibliothèque a été transférée au 1er étage dans une salle saine, bien éclairée ; les livres ont été catalogués, d'importantes collections ont été exhumées et complétées, le service des abonnements aux journaux et recueils périodiques considérablement étendu ; et maintenant les huit mille volumes dont se compose la modeste bibliothèque, sont d'un usage facile pour les étudiants.

Le musée d'anatomie, accru de préparations nouvelles, doublé d'une importante série de pièces relatives à l'anatomie pathologiqne, spécialement à la pathologie du système osseux et d'un arsenal d'instruments de chirurgie, occupe une belle salle facilement accessible aux étudiants.

La collection des produits chimiques et pharmaceutiques installée dans une longue galerie, fournit à l'étude une série nouvelle de cinq cents échantillons de substances représentant la chimie organique et minérale, quatre cents bocaux de droguerie pharmaceutique, trois cents échantillons de minéralogie, et, de plus, une série d'appareils montés, pour les démonstrations des cours de chimie et pharmacie.

Enfin, les locaux de l'école se sont encore accrus d'une quatrième salle de cours, destinée aux examens et aux conférences. Cette salle de conférences, destinée principalement aux étudiants, est chauffée, éclairée, pourvue de tableaux variés avec crayons de couleur, de tables, etc.; elle sert de lieu de réunion aux élèves qui peuvent y travailler en commun et s'y livrer à cet enseignement mutuel qui a fait la renommée des concours de l'internat de Paris.

L'administration hospitalière, à son tour, n'est pas restée indifférente et a voulu témoigner aux élèves du souci qu'elle prenait de leurs bonnes études. Dans cette intention, elle a décidé la création d'un laboratoire de clinique, depuis longtemps réclamé ; et; par une délibération en date du 24 janvier 1885, elle s'est engagée à organiser un service de clinique obstétricale, spécialement affecté à l'école de médecine. Ce dernier service sera installé dans le nouveau local de la Maternité qui doit être édifiée dans les vastes jardins de l'hospice de la Grave.

On ne peut qu'applaudir à cette nouvelle mesure ; ce service et celui de la Crèche étaient installés à l'Hôtel-Dieu, dans des conditions déplorables, qui juraient avec les nouvelles idées sur le contage dans les affections puerpérales,

Ainsi, le service des accouchements, comprenant l'école départementale de la Maternité et la clinique obstétricale, occupera désormais dans l'hôpital de la Grave, un vaste pavillon orienté au levant, donnant sur de magnifiques jardins; il contiendra, au rez-de chaussée, les services généraux de

l'enseignement et des consultations externes, au 1er étage, les salles de malades, le dortoir des élèves internes, et enfin, la crèche. La jouissance d'un vaste jardin comme promenoir de femmes grosses ou récemment accouchées, l'isolement de ce bâtiment à côté des autres dépendances d'un asile qui ne contient que des infirmes et point de maladies aiguës; enfin, la construction, au milieu du jardin, d'un pavillon modèle d'isolement absolu, dit pavillon Tarnier, toutes ces conditions réunies feront de ce service, un service irréprochable au point de vue nosocomial.

Toutes ces améliorations ont été très goûtées par les élèves de notre école, aussi Toulouse, comme école secondaire de médecine, reste toujours la première par le nombre de ses élèves et son enseignement.

Il m'est pénible, en terminant, de constater que, pendant l'année scolaire qui vient de s'écouler, des tiraillements se sont produits entre l'administration hospitalière et les internes en médecine et en pharmacie. Notre intention en signalant ce fait, n'est pas de raviver le débat, ni de prendre fait et cause pour ou contre les étudiants, mais parfaitement éclairés sur les incidents qui se sont produits, nous sommes persuadés que, tout en tenant compte des effluves propres à la jeunesse et des intempérances de langage inhérentes à cet âge, une administration plus paternelle aurait dû éviter tout conflit et aurait compris que des écarts de conduite ou de parole, ne sont pas incompatibles avec un travail assidu et que tout administrateur même si chagrin qu'il soit, avant de sévir, doit concilier la fougue de la jeunesse avec le devoir accompli.

Recevez, mon cher Directeur, etc. Dr CHABBERT.

Ecole de Tours.

Directeur : M. DANNER.

La circonscription de l'école comprend les départements d'Indre-et-Loire, Loir-et-Cher, Loiret et Cher.

Ouverture du registre des inscriptions, le mardi 3 novembre 1885. Clôture le 15 novembre, et le 30 pour les étudiants qui ne seront reçus bacheliers qu'à la session de novembre.

Programme des cours. — Semestre d'hiver.

Clinique interne. — M. CHARCELLAY, professeur. — Mardi, jeudi, samedi, à 8 heures du matin.

Clinique externe. — M. HERPIN, professeur. — Lundi, mercredi, vendredi, à 8 heures du matin.

Pathologie interne. — M. DUCLOS, professeur. — Mardi, mercredi, vendredi, à 11 heures et demie.

Anatomie. — M. GIRAUDET, professeur. — Lundi, mercredi, jeudi, samedi, à midi et demi.

Chimie et toxicologie. — M. GRANDIN, professeur. — Lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures.

Pharmacie et matière médicale. — M. DUPONT, professeur. — Mardi, jeudi, samedi, à 4 heures.

Semestre d'été.

Clinique interne. — M. CHARCELLAY, professeur. — Mardi, jeudi, samedi, à 8 heures du matin.

Clinique externe. — M. HERPIN, professeur. — Lundi, mercredi, vendredi, à 8 heures du matin.

Physiologie. — M. DANNER, professeur. — Lundi, mercredi, vendredi, à midi.

Accouchements. — M. L. THOMAS, professeur. — Lundi, mercredi, vendredi, à 2 heures. Leçon pratique le jeudi.

Thérapeutique. — M. BODIN, professeur. — Lundi, jeudi, samedi, à 3 heures.

Histoire naturelle médicale. — M. BARNSBY, professeur. — Mardi, mercredi, vendredi, à 3 heures. Conférence ou herborisation le jeudi.

Pathologie externe. — M. COURBON, professeur. — Mardi, mercredi, vendredi, à 4 heures.

Travaux pratiques et cours complémentaires.

Semestre d'hiver.

Travaux anatomiques. — M. MEUNIER, chef des travaux anatomiques. Tous les jours, de 2 à 5 heures.

Cours complémentaires d'anatomie. — M. MEUNIER, chef des travaux anatomiques. — Mardi, vendredi, à midi et demi. Conférence, lundi et jeudi, à 3 heures et demie (Novembre et décembre).

Travaux pratiques de chimie. — M. WOLFF, chef des travaux chimiques. — Mardi, jeudi, samedi, de 1 heure à 4 heures.

Histoire naturelle médicale. — Zoologie. — M. BARNSBY. — Lundi, mercredi (Février et Mars), à 3 heures.

Travaux pratiques de botanique. — M. BARNSBY. Lundi, vendredi de 1 heure à 4 heures.

Hygiène. — M. H. SAINTON, professeur suppléant. Lundi, samedi, à 11 heures et demie.

Semestre d'été.

Travaux pratiques de chimie. — M. WOLFF. — Lundi, mercredi, vendredi, de 1 heure à 4 heures.

ÉCOLES DE MÉDECINE NAVALE

Ecole de Brest.

Directeur : M. JOSSIC.

ANNÉE SCOLAIRE 1885-1886.

Semestre d'hiver.

Conférences. — M. JOSSIC.

Clinique chirurgicale. Pathologie externe. — M. CRAS, médecin en chef.

Clinique médicale. Pathologie interne. — M. NIELLY, médecin en chef.

Chimie médicale, chimie toxicologique. — M. CARPENTIN, pharmacien en chef.

Anatomie. Physiologie. — M. FONTAN, médecin-professeur.

Thérapeutique et médecine légale. — M. FÉRIS, médecin-professeur.

Pathologie générale. Éléments de séméiotique. — M. VERGNIAUD, médecin de 1re classe, agrégé.

Anatomie descriptive. Dissection. — M. GUYOT, médecin de 1re classe, agrégé.

Chirurgie élémentaire, théorique et pratique. — M. LOSSOUARN, médecin de 1re classe, agrégé.

Pharmacie extemporanée. Manipulations chimiques. — M. ROUHAUD, pharmacien de 1re classe, agrégé.

Semestre d'été.

Conférences et interrogations. — M. JOSSIC.

Clinique chirurgicale, pathologie externe. — M. CRAS, médecin en chef.

Clinique médicale. Pathologie interne. — M. NIELLY, médecin en chef.

Médecine opératoire. — M. AUFFRET, médecin en chef.

Histoire naturelle et pharmacologie. — M. BAVAY, pharmacien en chef.

Pharmacie. Physique médicale. — M. COUTANCE, pharmacien professeur.

Hygiène générale, hygiène navale, pathologie exotique. — M. BERTRAND, médecin-professeur.

Pathologie générale élémentaire. Séméiologie. — M. VERGNIAUD, médecin de 1re classe, agrégé.

Chirurgie élémentaire théorique et pratique. — M. LOSSOUARN, médecin de 1re classe, agrégé.

Accouchements, maladies des femmes et des enfants. — M. BOURAT, médecin de 1re classe, agrégé.

Ecole de Rochefort.

ANNÉE SCOLAIRE 1884-1885.

Cours du semestre d'hiver. — Ouverture le 5 novembre 1884.

Conférences médicales. — M. MAISONNEUVE, directeur du service de santé.

Chimie médicale, chimie toxicologique. — M. MORIO, pharmacien professeur, mardi, jeudi, samedi, à 3 h. du soir.

Clinique chirurgicale, pathologie externe. — M. DUPLOUY, médecin en chef, mardi et vendredi, à 8 h. 3/4 du matin.

Clinique médicale, pathologie interne. — M. BOURRU, médecin-professeur, mercredi et samedi, à 8 h. 3/4 du matin.

Thérapeutique, médecine légale. — M. TREILLE, médecin-professeur, lundi, mercredi, vendredi, à 9 h. 3/4 du matin.

Anatomie et physiologie. — M. BONNAFY, médecin professeur, mardi, jeudi et samedi, à 9 h. 3/4 du matin.

Pharmacie extemporanée, manipulations chimiques. — M. TAILLOTTE, pharmacien de 1re classe, agrégé, lundi, mercredi, vendredi, à 9 h. 3/4 du matin.

Anatomie descriptive, dissection. — M. PALMADE, médecin de 1re classe, agrégé, lundi, mercredi, vendredi, à 3 h.

Chirurgie élémentaire, théorique et pratique. — M. FONTORBE, médecin de 1re classe, agrégé, mardi, à 4 h. 1/2.

Pathologie générale, élémentaire, séméiologie. — M. Burot, médecin de 1re classe, agrégé, lundi, à 4 h. 1/2.

Répétitions de bandages, d'opérations, et de petite chirurgie. — M. Martin, médecin de 2e classe, prosecteur d'anatomie, jeudi et samedi, à 4 h. 1/2.

Nota. — Nous n'avons pas reçu la liste des cours du semestre d'été.

Ecole de Toulon.

Année scolaire 1884-1885. — Ouverture le 3 novembre.

Conférences médicales. — M. Gestin, directeur.

Semestre d'hiver.

Clinique chirurgicale, pathologie externe. — M. Barthélemy, médecin en chef.

Clinique médicale, pathologie interne. — M. Cunéo, médecin en chef.

Thérapeutique et médecine légale. — M. Thomas, médecin en chef.

Chimie médicale, chimie, toxicologie. — M. Sambuc, pharmacien-professeur.

Anatomie et physiologie. — M. Rouvier, médecin-professeur.

Anatomie descriptive et dissection. — M. Reynaud, médecin de 1re classe, agrégé, chef des travaux anatomiques.

Chirurgie élémentaire. — M. Bodet, chef de clinique chirurgicale, médecin de 1re classe, agrégé.

Histologie. — M. N...

Pathologie générale élémentaire. — M. Galliot, médecin de 1re classe, agrégé, chef de clinique médicale.

Pharmacie extemporanée, manipulations. — M. Sauvaire, pharmacien de 1re classe, agrégé, chef des travaux chimiques.

Démonstrations d'anatomie. — M. Clavier, médecin de 2e classe, prosecteur.

M. Prat, conservateur du musée. — Démonstrations pratiques de zoologie.

Semestre d'été.

Clinique chirurgicale, pathologie externe. — M. Barthélemy, médecin en chef.

Clinique médicale, pathologie interne. — M. Cunéo, médecin en chef.

Médecine opératoire. — M. Merlin, médecin en chef.

Hygiène, pathologie exotique. — M. Gués, médecin-professeur.

Histoire naturelle médicale. — M. Billaudeau, pharmacien-professeur.

Pharmacie et physique médicale. — M. Chalmé, pharmacien-professeur.

Chirurgie élémentaire. — M. Bodet, médecin de 1re classe, agrégé.

Histologie. — M. N....

Pathologie générale élémentaire. — M. Galliot, médecin de 1re classe, agrégé.

Accouchements. Maladies des femmes et des enfants. — M. Arnaud, médecin de 1re classe, agrégé.

M. Chabaud, jardinier en chef. — Démonstrations pratiques de botanique.

Conservateur du musée d'anatomie et d'histoire naturelle : M. Prat. — Conservateur de la bibliothèque : M. Aubin, médecin de 1re classe en retraite. — Secrétaire : M. Barnier, secrétaire du Conseil de santé, médecin de 1re classe. — Jardinier botaniste : M. Chabaud.

L'école a : Un laboratoire de chimie ; un laboratoire et un cabinet de physique ; des amphithéâtres d'anatomie ; plusieurs salles de cours ; un musée d'histoire naturelle, d'anatomie normale et pathologique ; un jardin botanique.

UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES.

Suivant notre coutume annuelle, nous donnons ici les principaux reseignements que nous avons pu recueillir sur le fonctionnenment des Universités étrangères.

A. Angleterre.

Le Royaume-Uni compte actuellement vingt corps savants investis du droit de délivrer des grades ou diplômes susceptibles d'être enregistrés conformément au *Medical Act* de 1858 ; nous donnons ici, pour n'avoir plus à y revenir, l'énumération de la plupart de ces grades, avec l'explication des initiales qui les représentent, et dont les titulaires font habituellement suivre leur nom : Licencié de l'Apothecaries Company (L. A. H.), Licencié de la Société des Apothicaires (L. S. A.), Licencié en Médecine (*Lic. Med.*), Licencié du Collège royal des médecins (*Licentiate of the Royal College of Physicians L. R. C. P.*) ; Licencié du Collège royal des chirurgiens (*Lic. of the Royal College of Surgeons, L. R. C. S.*) (Lorsqu'ils deviennent, par un examen ultérieur, *Membres* de l'un de ces derniers collèges, et ensuite Fellow, les *Licenciés* remplacent L. par M. et F.) Licencié en obstétrique *Licenciate in Midwifery, L. M.*); maître en chirurgie (*Master in Surgery M. S. or chirurgiae magister C. M.*); Bachelier en médecine M. B. et enfin docteur en médecine M. D. Ce dernier titre n'est recherché que par un nombre relativement restreint de médecins, ce qui s'explique, si l'on se souvient que le plus modeste diplôme de bachelier ou de licencié confère le droit d'exercer toutes les branches de l'art de guérir ; aussi le grade de docteur en médecine, s'il constitue dans les grandes Universités de l'Angleterre le signe d'une éducation vraiment supérieure, a-t-il une valeur bien moins importante quand il émane d'autres Universités qui le confèrent simplement après quelques années de stage de bachelier ou de licencié.

Tout étudiant en médecine doit, au début de ses études, se faire inscrire, ou immatriculer dans les bureaux du Conseil général de médecine ; il ne peut obtenir cette inscription qu'en justifiant d'examens subis devant un corps enseignant reconnu, ou en subissant un examen préliminaire, dont le programme, demeuré longtemps trop sommaire, a été dans ces dernières années, notablement étendu, et pourrait avec avantage, être encore élargi. Après avoir justifié de cet examen, ou l'avoir subi, l'étudiant est autorisé à commencer ses études médicales ; plusieurs voies lui sont ouvertes, dans le choix desquelles il sera surtout guidé par les règlements de l'école qu'il aura choisie, car ces règlements, bien qu'ils s'inspirent tous, dans leurs grandes lignes, du programme-modèle tracé par le Conseil général de médecine, présentent néanmoins, d'une école à l'autre, d'assez grandes variations de détail. C'est ainsi que, suivant les cas, l'étudiant pourra : 1° suivre pendant un an les cours ou les cliniques d'un hôpital de province, ou de tout autre établissement reconnu ; 2° devenir pendant un an l'élève particulier d'un chirurgien régulièrement diplômé et capable par sa situation de lui fournir des éléments suffisants d'instruction pratique ; 3° entrer de suite dans une école de médecine légalement reconnue.

Le minimum du temps qui doit être consacré aux études médicales est de quarante-cinq mois à partir de la date de l'inscription ; deux ans et demi au moins doivent être passés dans une école de médecine reconnue.

L'obtention des grades, diplômes ou *licences*, comporte au moins deux examens dont le premier comprend la chimie et la physique médicale, l'anatomie, la physiologie, la matière médicale et la pharmacie ; le second examen ou examen final, que certaines universités divisent en plusieurs parties, roule sur la pathologie et l'anatomie pathologique, la médecine, y compris l'anatomie médicale, la clinique et la thérapeutique, la chirurgie, y compris l'anatomie chirurgicale et la clinique, les accouchements et la médecine légale.

Les diplômes qui confèrent le droit d'exercer ne peuvent en aucun cas être délivrés avant l'âge de vingt et un ans.

Les corps enseignants qui ont le droit de délivrer des diplômes et de conférer des grades dans l'ordre de la médecine sont les suivants : Le Collège royal des médecins de Londres ; le Collège royal des chirurgiens d'Angleterre ; la Société des apothicaires de Londres ; les universités de Londres, d'Oxford, de Cambridge, de Durham, de Victoria (à Manchester), le Collège royal des médecins et le Collège royal des chirurgiens d'Edimbourg, la faculté de médecine et de chirurgie de Glascow, les universités d'Aberdeen, d'Edimbourg, de Glascow, de Saint-Andrews, le King and Queen's College des médecins d'Irlande, le Collège royal des chirurgiens d'Irlande, l'Apothecarie's Company d'Irlande, l'université de Dublin et l'université royale d'Irlande.

En dehors de ces universités l'enseignement médical est donné dans plusieurs des grands hôpitaux de Londres ; nous y reviendrons en parlant de ces hôpitaux ; mais nous devons dès à présent mentionner l'Ecole de médecine de Londres pour les femmes, à laquelle le Royal Free Hospital fournit l'enseignement clinique, et l'école d'anatomie et de chirurgie de M. Thomas Cooke.

En province, on trouve le Queen's Collège (Birmingham), le Owen's College (Manchester) et le Collège médical de l'Université de Durham, à Newcastle-on-Tyne, ainsi que les écoles de médecine de Bristol, de Leeds, de Liverpool et de Sheffield.

Bien qu'elles confèrent des grades, les Universités de Cambridge et d'Oxford ne donnent pas l'éducation médicale complète ; en fait, il n'y a pas d'école de médecine à Oxford ; mais Cambridge fournit une instruction solide dans plusieurs branches de l'art de guérir.

En Ecosse, outre les écoles attachées aux Universités d'Aberdeen, d'Edimbourg et de Glasgow, il faut mentionner l'Extra-Academical School, à Edimbourg, et à Glasgow, le Collège d'Anderson et l'Ecole du Royal Infirmary.

En Irlande, on trouve l'Ecole de médecine d'Irlande, l'Ecole du Collège royal des chirurgiens d'Irlande et les Collèges de Cork, de Belfast et de Galway ; Dublin compte aussi plusieurs écoles de médecine : le Carmichael College of medecine and Surgery, l'hôpital et le college médical du D Stevens, l'Université catholique et le Ledwich School, où l'on enseigne l'anatomie, la médecine et la chirurgie.

Il faut ajouter que les Collèges royaux des chirurgiens ainsi que la Faculté de médecine et de chirurgie de Glasgow délivrent des diplômes autorisant à exercer la chirurgie dentaire; ces diplômes sont enregistrés conformément à la loi sur l'exercice de l'art dentaire votée en 1878 et en vigueur depuis 1879.

Enfin, à la suite d'examens spéciaux, les Universités de Cambridge, de Londres, de Durham, d'Edimbourg, de Glasgow et de Dublin délivrent des certificats et des diplômes attestant les connaissances acquises par le candidat en hygiène et en médecine publique; ces diplômes ne sont pas actuellement enregistrables; ils sont habituellement recherchés par les praticiens (déjà pourvus de licences enregistrées) qui recherchent le poste de médecin sanitaire de district ou de région.

L'enseignement clinique est donné en Angleterre à peu près comme en France, peut-être même d'une façon plus large ; car, dans tous les hôpitaux auxquels se rattachent des écoles de médecine, les chefs de service, médecins, chirurgiens ou accoucheurs, ont à faire des conférences cliniques sur les malades couchés dans leurs salles, sans préjudice des cours des professeurs de clinique ; ceux-ci, à la vérité, n'existent pas dans tous les hôpitaux ; mais l'enseignement clinique n'en demeure pas moins très étendu et très complet, et porte sur toutes les branches de la médecine ; les hôpitaux spéciaux ne manquent pas en Angleterre ; ils sont même beaucoup plus nombreux et plus spécialisés qu'en France ; mais, quel que soit l'hôpital général auquel l'étudiant est attaché, il y trouvera presque toujours sur place des professeurs spéciaux pour lui enseigner les maladies des yeux, des oreilles, de la gorge, de la peau, aussi bien que la chirurgie orthopédique, les maladies mentales ou l'hygiène publique. Enfin, on ne manque jamais d'exercer les élèves à l'emploi des diverses méthodes de diagnostic, notamment à l'auscultation de l'homme sain et de l'homme malade, aux recherches pratiques de micrographie et de chimie ; des conférences spéciales sont instituées dans ce but, et rendent aux élèves des services considérables. Enfin, la tâche de l'étudiant est encore facilitée par la présence dans la plupart des hôpitaux, sinon dans tous, d'un ou de plusieurs répétiteurs (*tutors*) dont la mission consiste à aider les jeunes gens dans leur travail, et particulièrement dans la préparation de leurs examens.

Les frais scolaires des études médicales sont considérables en Angleterre ; en revanche, un grand nombre de bourses sont données au concours: beaucoup de prix sont représentés par une somme dont le chiffre est variable, et les *assistants* de clinique médicale, chirurgicale et obstétricale reçoivent des appointements relativement élevés; c'est ainsi qu'au Guy's Hospital, à Saint-Mary's et à Saint-George's hôpital, il y a des positions de 250 liv. st. et que les *house-surgeons*, dont la situation correspond à peu près à celle des internes des hôpitaux de Paris, touchent de 625 à 750 fr. par an; ils n'ont pas de frais d'études à payer, et sont logés. Toutes ces fonctions ne sont obtenues que pour six mois ou un an, ce qui fait que les titulaires en sont relativement nombreux et ce qui permet à tous les élèves un peu laborieux d'avoir, vers la fin de leurs études, au moins pendant six mois, les avantages de l'internat.

L'exercice de la médecine est absolument libre en Angleterre, mais nous avons dit que l'obtention de la licence, après validation par le Conseil médical, confère le droit d'exercer la médecine, avec les privilèges stipulés par la loi de 1858, et que par suite le diplôme de docteur en médecine devient en quelque sorte un luxe scientifique, dont se passent volontiers le plus grand nombre des praticiens du Royaume-Uni. Il n'y aurait pas grand mal à cela si les examens à la suite desquels on accorde cette licence portaient sur toutes les branches de l'art de guérir ; malheureusement il n'en pas ainsi ; les licences sont spécialisées (licence en médecine, en chirurgie, en accouchements) en sorte que le titulaire de l'une d'elles peut n'avoir sur les autres parties de la médecine que des connaissances théoriques ou insuffisantes ; il n'en est pas moins autorisé à *exercer la medecine*, dans le sens le plus large de ces deux mots ; ce regrettable état de choses appelle une réforme ; les membres les plus autorisés du corps médical, — et, après eux, l'opinion publique, — se sont émus, et il est permis d'espérer qu'avant longtemps une législation plus logique remplacera cette excessive et dangereuse tolérance.

C'est ainsi que plusieurs corps enseignants se sont entendus pour adopter un modèle uniforme d'examen pour le premier grade et que la plupart des collèges-hôpitaux ont fixé à un prix unique, 125 guinées (soit 3,125 fr. par an) le montant total des frais d'études.

Il nous reste à parler des hôpitaux de Londres ; nous le ferons très sommairement; mais comme ces hôpitaux sont, pour la plupart, des écoles de médecine, nous donnerons entre parenthèses, après le nom de chaque hôpital, l'indication des principaux médecins, chirurgiens ou accoucheurs qui y dirigent des services et y distribuent l'enseignement clinique ; nous ferons de même pour quelques hôpitaux spéciaux, non pourvus d'écoles, mais auxquels sont attachés des médecins jouissant d'une grande notoriété scientifique.

L'hôpital St-Barthélemy (MM, Klein, Andrew, Gee, Legg, Savory, Dyce Duckworth, Lauder, Brunton, Matthews, Duncan, etc.) contient 750 lits, dont 75 pour les convalescents. Salles de médecine, de chirurgie, de maladies des yeux, de maladies des femmes, de syphilis. Les enfants sont reçus dans les salles de médecine et de chirurgie. Les musées d'anatomie, de matière médicale et de botanique, ainsi que la bibliothèque de l'hôpital sont ouverts aux élèves tous les jours. — L'hôpital de Charing-Cross (MM. Pollock, Barwell, Green, etc.) renferme 180 lits, dont un certain nombre est affecté aux maladies des femmes et des enfants ; il possède un musée et une bibliothèque. — L'hôpital St-Georges (MM. Turner, Dickinson, Barnes, etc). contient 351 lits, dont 205 de chirurgie et 146 de médecine ; salles spéciales d'ophthalmologie et de gynécologie ; les enfants sont admis dans les salles de femmes. Bibliothèque et musée.

L'hôpital de Guy (MM. Golding-Bird, S. Wilks, Pavy, Bryant, sir William Gull, Moxon, Pye-Smith, Galabin, Geo. H. Savaye, etc.) contient 695 lits, dont 50 sont affectés aux maladies oculaires et 26 aux femmes en couches; les enfants sont reçus dans les salles de femmes. La bibliothèque est ouverte aux élèves ; l'hôpital possède en outre des musées d'anatomie humaine, d'anatomie comparée (plus de 2000 pièces) ; d'anatomie pathologique (plus de 5000 pièces) et de matière médicale. — L'hôpital de King's College (MM, Burney Yeo, Gerald Yeo, Beale, G. Johnson, Playfair, David Ferrier, sir Joseph Lister, etc.) contient environ 170 lits ; il possède une bibliothèque et des musées d'anatomie, de matière médicale et d'histoire naturelle.

Le London Hospital (MM. Sutton, Treves, sir A. Clark, Fenwick, Hughlings-Jackson, etc.) le plus vaste des hôpitaux du Royaume-Uni contient 800 lits, qui se répartissent de la façon suivante : accidents et chirurgie, 334 ; médecine, 300; maladies des femmes, 26; enfants au dessous de 7 ans, 68 ; maladies des yeux, 12 ; salles extérieures, 60. Musées d'anatomie, d'anatomie pathologique, de matière médicale et bibliothèque. — L'hôpital de Ste-Mary (MM. Sieveking. Meadows, Broadbent, etc.) contient 165 lits dont 76 pour la médecine et 89 pour la chirurgie ; il y a une salle pour les maladies des femmes, et quelques lits pour les maladies d'yeux. Bibliothèque ; musées d'anatomie normale et pathologique, de matière médicale, d'anatomie comparée et d'histologie.

L'hôpital de Middlesex (MM. Coupland, Cayled, Edis, Douglas-Powell, etc., contient plus de 300 lits, dont 185 de chirurgie, 120 de médecine, une salle de 33 lits pour les cancéreux, des salles pour les affections utérines, les maladies des yeux et la syphilis. Bibliothèque et musée (5000 pièces).

L'hôpital Saint-Thomas (MM. Payne, Sharkey, Bristowe. Ord, sir William Marc-Cormac, Rayner, Hadden, etc.) renferme 572 lits, dont 160 de médecine et 230 de chirurgie : salles spéciales pour les maladies des femmes, les affections oculaires, la syphilis, les maladies des enfants au-dessous de six ans; bâtiment isolé pour les maladies infectieuses. Les élèves ont accès à la bibliothèque, aux musées d'anatomie humaine et comparée de matière médicale, de chimie et de minéralogie, ainsi qu'aux laboratoires de physiologie et de chimie pratiques. — L'hôpital de l'université contient 200 lits, avec salles spéciales pour les maladies des femmes, des enfants, des yeux et de la peau ; à ce dernier département se rattache un service de bains médicamenteux. Bibliothèque générale et médicale ; musées d'anatomie, d'anatomie pathologique, d'anatomie comparée, de matière médicale, de chimie, de géologie, de physique et d'hygiène (Parkes museum) ; laboratoires de chimie, de physiologie, de zoologie et d'hygiène. — L'hôpital Westminster contient plus de 200 lits: services spéciaux pour les maladies des yeux, des oreilles, de la peau, des dents, de la gorge; salles de gynécologie, d'orthopédie, bibliothèque ; musées d'anatomie (belles préparations histologiques) d'anatomie pathologique et de matière médicale. — Parmi les autres hôpitaux de Londres, il faut encore citer le Great Northen Hospital (MM. Legros-Clerk, Cholmeley, Fancourt-Barnes, etc.), l'hôpital maritime de Greenwich ; le West London Hospital, qui contient 100 lits; le City of London Hospital, réservé aux affections pulmonaires; l'hôpital des phthisiques de Brompton (MM. C. J. B. Williams, Walshe, S. Quain, Pollock, C. T. Williams, D. Powell, etc.); l'hôpital des Enfants malades et les hôpitaux de Belgrave, Evelina, Victoria, tous trois consacrés aux enfants, ainsi que l'East-London Hospital ; le Royal Infirmary et le Samaritan hospital, pour les femmes et les petits enfants; l'hôpital de Chelsea, pour les femmes; l'Hôpital des femmes; le British Lying-in Hospital (maternité) ; le Queen Charlotte's Lying-in Hospital (maternité); le City of London Lying-in Hospital, (maternité); le London Fever Hospital, pour les fièvres; l'hôpital royal ophthalmique de Londres ; l'hôpital royal orthopédique de Westminster; l'hôpital National pour les épileptiques et les paralytiques (MM. Ramskill, Radcliffe, Hughlings-Jakson, Buzzard, Charlton Bastian, Gowers et Ferrier); l'hôpital central des maladies de la gorge et des oreilles, l'hôpital dentaire de Leicester-Square, et enfin l'hôpital français de Londres.

B. Allemagne (1).

L'empire d'Allemagne comprend vingt Universités pourvues de Facultés de médecine et délivrant des diplômes médicaux : ce sont les universités de Berlin, Bonn, Breslau, Erlangen, Freiburg (in Brisgau), Giessen, Göttingen, Greifswald, Halle, Heidelberg, Iéna, Kiel, Königsberg, Leipzig, Marburg, Munich, Rostock, Strasbourg, Tübingen et Würzburg.

Nul ne peut exercer légalement la médecine sur le territoire de l'empire, s'il n'a passé l'examen d'Etat. On n'est pas médecin (*Arzt*) si l'on n'a pas subi l'examen d'Etat, fût-on docteur de l'une des Universités ; d'autre part, le titre de *Arzt* ne confère pas celui de docteur. Le médecin qui n'a pas subi l'examen d'Etat ne peut remplir aucune fonction ; il n'est pas reconnu et ne peut pas même exiger le paiement de ses services professionnels. Le praticien qui n'est ni docteur, ni *Arzt* exerce à ses risques et périls ; aucune loi ne lui interdit d'exercer, mais, en cas d'accident, il encourt non seulement une amende, mais un emprisonnement dont la durée peut varier de six mois à dix ans. La plupart des étudiants passent l'examen universitaire et l'examen d'Etat.

Les Universités allemandes comprennent trois ordres de professeurs : les professeurs, les professeurs extraordinaires et les *privat-docent*. Les professeurs sont nommés à vie ; leurs appointements sont fixes, mais ils peuvent être plus ou moins élevés suivant la réputation du professeur ; —les professeurs extraordinaires sont choisis parmi les *privat-docent* ; leurs appointements sont variables, car ils sont formés en grande partie des rétributions payées par les élèves ;— le nombre des *privat-docent* est illimité ; c'est une situation accessible à tous les docteurs en médecine, et d'autant plus rémunératrice que le *privat-docent* a plus de succès, puisque les rétributions des élèves volontaires constituent son seul salaire ; en aucun cas, ces rétributions ne peuvent être inférieures à celles qui sont payées pour les cours du professeur ordinaire. L'institution du *privat-docent* assure suffisamment la liberté de l'enseignement médical pour que l'Etat puisse, sans grande intolérance, interdire l'ouverture de toute école libre de médecine.

La durée des études médicales en Allemagne ne peut en aucun cas être inférieure à neuf semestres. L'examen d'Etat peut être subi soit à Berlin, soit dans l'une quelconque des Universités : avant de s'y présenter, le candidat doit produire : 1° un certificat constatant qu'il a suivi le cours d'études complet d'un gymnase ; 2° un certificat constatant qu'il a suivi le cours complet des études médicales dans une Université ; 3° un certificat constatant qu'il a subi avec succès l'examen de sciences naturelles dans une Université allemande ; 4° la preuve qu'il a, pendant deux semestres au moins, suivi d'une façon effective une clinique médicale et une clinique chirurgicale, et qu'il a assisté au moins à quatre accouchements séparés ; 5° un certificat émanant d'un vaccinateur public ou de tout autre médecin reconnu et attestant qu'il a acquis une dextérité suffisante dans l'art de vacciner.

L'examen est divisé en sept parties ; il y a été ajouté récemment une épreuve d'hygiène et de matière médicale, il a toujours lieu en allemand.

Nos lecteurs se rendront mieux compte de l'organisation des facultés allemandes par la description que nous donnons ci-dessous de la faculté de MUNICH (1129), d'après les renseignements qui nous ont été fournis obligeamment par le doyen, M. le professeur VOIT.

I. Institut anatomique. — Deux professeurs ordinaires d'anatomie, l'un pour *l'anatomie descriptive* et *topographique*, l'autre pour *l'histologie* et *l'embryologie*. Chaque professeur est secondé par deux assistants. Les quatre assistants réunis touchent 5.500 marks. La somme inscrite au budget pour l'institut est de 10.157 marks, cette somme étant insuffisante, on propose de l'augmenter de 4.600 marks. L'institut est en réparation en ce moment, on construit des bâtiments qui l'agrandiront du double.

II. Institut physiologique. — Ce bâtiment est destiné aux recherches physiologiques : il contient une grande collection d'instruments et appareils affectés à ce genre de travaux. Le rapport de Wurtz au gouvernement français en donne la description. Le professeur a deux assistants avec des traitements de 1.650 à 1.200 marks. Le budget s'élève à 8.430 marks. On donne dans l'institut un cours de *physiologie expérimentale*, et une fois par semaine un cours de deux heures sur un chapitre de *physiologie avec expériences*. Le laboratoire est ouvert trois fois par semaine à deux heures différentes, dans l'après-midi, aux élèves qui veulent s'exercer ; les élèves plus avancés font en outre des *recherches spéciales*.

III. Institut pathologique. — Le directeur de l'institut pathologique, ouvert en 1875, est professeur ordinaire de pathologie générale et d'anatomie pathologique, il est de plus prosecteur de l'hôpital de la ville pour les services ordinaires et les cliniques que cet hôpital contient. Le budget de l'institut est d'environ 9.000 marks ; au printemps de 1884, on y a fondé un *laboratoire bactériologique* avec dix tables de travail ; la dépense a atteint 6.000 marks environ ; le budget de l'institut en a été grevé à un tel point, qu'il a fallu proposer une augmentation de 5.000 marks par an. Deux assistants, avec des traitements de 1.300 marks chaque, sont attachés à l'institut pour *l'anatomie pathologique*. Il y a un assistant de *chimie pathologique*, qui est en même temps professeur de physiologie à l'école vétérinaire. Les procès verbaux d'autopsie sont faits par deux ou trois assistants sans traitement, choisis parmi les vieux étudiants, ils remplissent ces fonctions pendant trois à six mois. Les autopsies s'élèvent à 6.700 par an : l'institut reçoit à peu près le même nombre de pièces, tumeurs, etc., des divers hospices de la ville, des cliniques chirurgicales, des médecins, de l'abattoir de la ville. Presque 1/3 (200 par an) des cadavres est utilisé pour les cours d'autopsies, 50-60 pour les examens. Tout le matériel anatomo-pathologique, provenant des autopsies et du dehors, est employé pour les cours de *démonstration* et les *exercices histologiques*. Le professeur d'anatomie pathologique fait lui-même actuellement, en présence des cliniciens et de leurs élèves, les autopsies dites cliniques (cas présentés dans les cliniques), ainsi que les autopsies de cas intéressants ; il dirige les cours d'autopsie et les cours pratiques de microscopie. Les autres autopsies sont faites par les assistants sous la direction du médecin en chef de l'hôpital. Les autopsies privées de malades de la ville sont faites dans les salles d'autopsies des cimetières. On ne fait pas d'autopsies dans la petite morgue de l'hôpital, on n'y place que provisoirement les cadavres qui sont plus tard autopsiés à l'institut pathologique.

IV. Clinique chirurgicale. — Elle est installée dans l'hôpital général Le professeur de clinique chirurgicale est en même temps médecin en chef des salles de chirurgie et a un assistant clinique, et deux assistants pour les autres salles. Chacun des trois assistants a un co-assistant choisi parmi les étudiants. L'assistant de la clinique reçoit environ 1 400 marks de l'université et le logement. Les deux assistants des salles non cliniques ont chacun 800 marks et le logement. Les trois co-assistants ne sont pas payés. Le professeur de clinique donne aussi des cours théoriques de chirurgie, des cours de chirurgie opératoire et des cours d'opération. Les cadavres reçus à l'anatomie pendant le semestre d'été lui sont destinés. La clinique chirurgicale a deux petits budgets par an, un de 2.000 marks pour achat d'instruments et appareils, pour payer les porteurs de malades (infirmiers?) et pour la confection de liquides conservateurs et injections désinfectantes. Le second budget de 1.029 marks est destiné à faire entrer à l'hôpital des malades pauvres, intéressants et opérables. L'amphithéâtre de clinique et la salle d'opération étant devenus trop petites, la commune aidée de l'Etat va, pour une somme de 600.000 marks environ, construire un institut chirurgical, (2/5 payés par la commune et 3/5 par l'Etat, environ). La chose a été acceptée des deux parts. Un autre inconvénient consiste en ce que le petit budget de 1.029 marks ne suffit que pour 15 à 20 malades ; ces derniers reviennent très cher, à 2 1/2 marks par jour. Or, il vient chaque année 80 à 100 malades opérables, qui n'ont avec eux d'autre bagage qu'un certificat constatant que ni eux ni la commune ne peuvent payer. Si le professeur ne veut pas renvoyer sans les opérer ces malheureux, qui souvent n'ont amassé l'argent de leur voyage qu'en mendiant, il lui faut ou bien payer de sa poche, ou quémander à son tour auprès des gens riches. Cet abus aura disparu sous peu.

V. Clinique ophthalmologique de l'Université. — Dirigée par un professeur ordinaire ayant sous ses ordres trois assistants et un étudiant comme co-assistant. Les quatre assistants touchent ensemble 3.600 marks. Le budget de l'institut monte à environ 8.000 marks ; il est suffisant. Le déficit assez considérable est couvert par les honoraires payés par les malades soignés à la clinique. Les installations sont calculées en vue de 45 lits de malades. Le soin des malades et leur subsistance est du ressort du comité général de l'union des femmes bavaroises.

VI. Cliniques médicales. — Elles se trouvent à l'hôpital général de la ville et dans l'institut clinique bâti à côté. Il y a deux cliniques médicales avec deux professeurs ordinaires et deux médecins assistants cliniques et *une clinique médicale propédeutique*. Tous les professeurs extraordinaires et les privats docents de la clinique médicale font leurs cours et leçons dans l'institut clinique qui subvient à l'éclairage, au chauffage, au service, etc. L'institut clinique a un médecin assistant et deux médecins adjoints, un économe et deux domestiques. Le budget est de 14.000 marks environ. Il n'y a pas de lits de malades à l'institut clinique, mais seulement pour des installations pour l'enseignement et les travaux scientifiques. Les malades sont dans un bâtiment annexe. Il y a encore à l'institut une *policlinique* (2.500 malades environ par an), dirigée chaque semestre par quatre médecins adjoints. Dans les services il y a 11 médecins adjoints tous candidats de l'examen professionnel.

(1) Voir aux *Nouvelles* (p. 406), les récentes modifications produites dans le personnel enseignant.

VII. Clinique gynécologique. — Elle a un budget de 51.000 marks sans compter le traitement du directeur. Elle se compose : 1) d'une section *obstétricale* avec 36 lits et 3 accouchements par jour. Les accouchées restent une semaine au moins. Tous les accouchements se font en présence d'étudiants. Six d'entre eux demeurent à tour de rôle à l'institut. Du 1er août au 1er décembre se fait un cours pour sages-femmes (75 élèves). Ces dernières quittent l'établissement une fois l'examen passé. Vingt-quatre d'entre elles demeurent en général à la clinique. 2) Section *gynécologique* avec 18 lits; 250 entrées par an. En général 10 à 12 lits sont occupés. 3) Section *privée* avec 30 lits recevant des femmes en général payantes, qui désirent accoucher dans la clinique ; on y a annexé des cas de gynécologie, provenant de la clientèle privée du directeur. Le prix pour ces dernières est de 6 marks par jour.

Personnel médical. — 1) le Directeur, 2) 1 assistant (médecin) dirigeant la policlinique obstétricale dans laquelle travaillent chaque semestre environ quinze étudiants. 3) le second assistant (médecin) soigne les malades de la section gynécologique, ceux de la clinique gynécologique et les cas de la policlinique. 3-400 par an seulement, car la policlinique est à peine fondée. 4) le troisième assistant (médecin) dirige la section obstétricale. 5) un assistant faisant des préparations microscopiques et tenant en état les collections anatomiques. 6) Trois médecins internes demeurant à la clinique dans le but de se perfectionner dans la gynécologie. Chacun d'eux a une chambre à part et paie 20 marks pour son inscription et 30 marks par mois pour le logement, le chauffage et l'éclairage. 7) Chaque assistant a un co-assistant, candidat en médecine. Ces candidats suivent les cours et les leçons gratuitement et le premier d'entre eux a 16-17 marks par mois. En résumé, pendant le semestre, il y a onze médecins occupés à soigner les malades et à donner des cours aux élèves.

Personnel extra-médical. — 1) l'Econome. 2) la sage-femme en chef. 3) deux sages-femmes en second. 4) trois infirmières. 5) deux filles de salles et deux laveuses. 6) un domestique. 7) un machiniste. — Le directeur donne : 1) un *cours théorique d'obstétrique et de gynécologie*. 2) Un *cours de gynécologie et obstétrique opératoire*. 3) *exercices de toucher* deux fois par semaine. 4) la clinique *obstétrico-gynécologique*, six fois par semaine. Le premier assistant est aussi privat docent et donne les cours de *gynécologie et obstétrique* théoriques et le *cours des sages-femmes* ; il est aidé des deux autres assistants médecins. Le traitement des assistants médecins varie entre 1.200 et 1.750 marks. L'économe a 3.000 marks.

VIII. Institut d'hygiène. — Dirigé par un professeur ordinaire aidé de deux assistants, un économe, deux domestiques. Les deux assistants ont 1.800 et 1.200 marks, l'économe 1.200 marks, le logement, les deux domestiques 1.200 et 1.020 marks. L'institut peut disposer d'une somme de 6.000 marks pour dépenses courantes. Le directeur donne dans l'institut des cours d'hygiène et dirige dans le laboratoire les travaux spéciaux des élèves avancés. Un assistant qui est *privat docent* en un même temps donne un cours *pratique d'hygiène* destiné aux futurs fonctionnaires médicaux qui veulent faire leur examen de Kreisphysicus. L'assistant fait en outre des *démonstrations d'hygiène* et fait des *excursions* avec les élèves. Un autre assistant, aussi privat docent, donne depuis quelque temps des cours de *bactériologie*. Il y a aussi à l'institut, mais dépendant du ministère de l'intérieur, un laboratoire où l'on examine les *aliments* : le directeur est le directeur de l'institut d'hygiène. Les recherches sont faites par deux assistants spéciaux et un volontaire; on s'occupe en premier lieu des recherches ordonnées par les autorités, en second lieu de recherches pour *les particuliers*. Le ministère a fixé les taxes à percevoir pour ces travaux. Une description de l'institut avec dessins et plans, a été publiée par le directeur actuel qui a présidé à sa construction et l'a inauguré en 1879. (*Das hygienische Institut der Kgl. b. Ludwigs. Maximilians Universität München*, Brunswick, 1882. Depuis la publication de la brochure on a installé un *laboratoire bactériologique* spécial pour lequel on a fait une dépense extraordinaire de 2.500 marks (1).

IX. Clinique psychiatrique. — L'hospice d'aliénés pour la haute Bavière qui se trouve à Munich, sert à la clinique et contient 550 malades. Le directeur est en même temps professeur ordinaire. En dehors de lui, il y a encore cinq médecins (un médecin en chef et quatre médecins assistants). Deux fois par semaine il y a des *démonstrations cliniques* durant deux heures. Les dépenses se montent en chiffres ronds à 420.000 marks. L'université fournit un appoint de 500 marks pour les dépenses plus spécialement cliniques.

X. *La policlinique.* — Elle a été fondée en 1843 à l'université, puis transportée en 1863 dans un bâtiment construit ad hoc, dans le voisinage de l'institut médical. Elle se divise en policlinique *médicale, obstétricale, chirurgicale et gynécologique*. La policlinique médicale est dirigée par un professeur ordinaire, la policlinique obstétricale aussi, les trois autres par des professeurs extraordinaires; chacune d'elles a pour assistant un médecin praticien, la policlinique chirurgicale en a trois. Chaque policlinique a deux candidats en médecine arrivés au terme de leurs études, comme co-assistants. Ces derniers ont comme rénumération en tout une somme de 4.005 marks, provenant de la somme laissée par l'ex-professeur Dr Reisinger, en vue de la fondation d'un institut pour le perfectionnement pratique des étudiants en médecine. Si l'on additionne tous les frais, la somme sus-indiquée comprise, on arrive à 13.335 marks 31 Pf. Outre les policliniques, on comprend dans cette somme les frais pour des cours tenus soit dans le local, soit dans d'autres instituts. Ce sont des cours de *physiologie physique médicale, histologie pathologique, pharmacologie, électrothérapie, laryngoscopie, ophthalmotopie et diagnostic physique*. Chaque année 20.000 malades environ sont soignés à l'institut, soit en consultation, soit au local, de dix heures du matin à sept heures du soir, soit, quand ils sont plus gravement atteints, gratis à domicile. On distribue aussi gratuitement des médicaments (les candidats, sous la direction du professeur de pharmacie, les prescrivent dans un cours spécial) ou des bandages. L'institut s'agrandit par la construction de deux grandes salles annexes et d'un second étage; il contient aussi deux chambres de malades pour l'observation de cas intéressants, et pour soins consécutifs donnés aux opérés; il y a aussi un laboratoire de *recherches chimiques* et une *bibliothèque* à l'usage des étudiants de la faculté de médecine.

XI. *Institut pharmaceutique.* — Destiné à l'instruction des nombreux élèves en pharmacie qui étudient à l'université; les étudiants ou médecins qui se destinent à la carrière de médecins légistes officiels (Amtsarzt) y apprennent à surveiller les pharmacies, ce qui sera plus tard de leur ressort. Ils peuvent s'y exercer, dans le laboratoire de l'institut, aux recherches chimiques de médecine légale. Le budget annuel de l'institut est de 914 marks, non compris le chauffage et l'éclairage qui sont à la charge de l'université. L'assistant de l'institut reçoit une rémunération annuelle de 1.000 marks. Le directeur de l'institut pharmaceutique a en outre installé dans le *Reisingerianum* une petite pharmacie avec une collection pharmacologique, pour donner aux étudiants qui se destinent à la pratique médicale à la campagne, l'occasion de s'exercer dans la distribution des médicaments qu'ils apprennent en même temps à connaître.

Parmi les principaux professeurs de la faculté, nous citerons : Gietl (médecine) ; Seitz (policlinique) ; Pettenkoffer (hygiène); Nussbaum (chirurgie) ; Voit (physiologie) ; Ziemssen (médecine); Winckel (accouchements); Gudden (psychiatrie); Bollinger (anatomie pathologique); — parmi les professeurs extraordinaires : Ranke (policlinique infantile); Martin (médecine légale); Œrtel (laryngologie) ; Tappeiner (chimie médicale); — parmi les privat-docent : H. Buchner et Emmerich (bactériologie) ; Hœsslin (anatomie pathologique); Gessler (microscopie).

L'Université de Berlin (1072 étudiants pendant le semestre d'été 1885), est l'une des plus importantes de l'empire d'"Allemagne; elle compte parmi ses professeurs : von Bergmann et Bardeleben (cliniques chirurgicales), Gerhardt et Leyden (cliniques médicales), Waldeyer (anatomie), Virchow (anatomie pathologique), Dubois-Reymond (physiologie), Schrœder et Gusserow (obstétrique et gynécologie), Hirsch (épidémiologie), Liebreich (matière médicale), Westphal (psychiatrie), Koch (bactériologie), Schweigger (ophthalmologie), Rose (chirurgie). Parmi les professeurs extraordinaires on trouve les noms de Senator, Henoch (maladies des enfants), Gurlt, Küster, Sonnenburg, Julini Wolff (chirurgie), Munk, Fritsch, Lewin, Schweninger (Dermatologie), Schœler et Hirschberg (ophthalmologie), Bernhardt, Ewald, Fasbender, Christiani, Mendel, Fraentzel, Busch. Parmi les privat-docent nous trouvons les noms de A. et B. Fraenkel, Brieger, Kristeller, Tobold, Eulenburg, Guttmann, Zülzer, Falk, Gueterbock, Perl, Landau, Martin, Litten, Remak, Friedlaender, Lassar, L. Lewin, Rabl-Rukhard, Behrend, Fehleisen, Hans Virchow, Grawitz, Wyder, Baginsky, Hofmeier, Gluck. L'Université possède un magnifique Institut pathologique, dû à l'initiative de Virchow et situé dans les terrains qui dépendent de l'hôpital de la Charité. Il existe en outre divers établissements d'enseignement pratique; un institut anatomique, physiologique, des laboratoires de chimie, de physique, tous beaux bâtiments de construction récente. Nous citerons aussi le laboratoire d'hygiène dirigé par Koch où sont donnés les cours de microbiologie. Les élèves peuvent y travailler de 8 heures du matin à 3 heures de l'après-midi.

Il y deux ans que l'école dentaire a été ouverte à Berlin. On y donne un enseignement théorique et pratique : 1° chirurgie générale par Busch ; 2° Maladies des dents et de la bouche par le même ; 3° Théorie de l'obturation dentaire, par Paetsch ; 4° Histologie normale et pathologique des dents, par Müller; 5° Introduction théorique sur

(1) Voir *Progrès Médical, l'institut d'hygiène à Munich*, par Chantemesse, p. 794, n° 40, 4 octobre 1884.

la prothèse dentaire, par Saurer ; 6° Policlinique des maladies des dents et de la cavité buccale, etc.

L'Université de Bonn (311 étudiants) (1), possède des cliniques de médecine, de chirurgie, d'obstétrique et d'ophthalmologie ; elle compte parmi ses professeurs : Veit (obstétrique et gynécologie), Binz (matière médicale), Leydig (anatomie comparée), Pflüger (physiologie), Kekulé (chimie), Rühle (clinique médicale), Saemisch (ophthalmologie), Trendelenburg (chirurgie). N'oublions pas parmi les professeurs extraordinaires, Doutrelepont (dermatologie et maladies syphilitiques). De nouveaux édifices magnifiques ont été construits par l'architecte Waldhausen.

L'Université de Breslau (397), a des instituts anatomique, physiologique, pathologique et pharmaceutique, et des cliniques médicale (Biermer), chirurgicale (Fischer), obstétricale (Fritsch), opthalmologique (Förster), syphilitique (Neisser). Ponfick est le directeur de l'institut d'anatomie; Heidenhain, dirige l'institut de physiologie; Voltolini enseigne l'otologie, la laryngologie et la rhinoscopie; Gierke, l'histologie et la physiologie du système nerveux, et Magnus, l'ophthalmologie. Sur le terrain du soi-disant Maxgarten qui a été acheté par l'Etat pour construire des cliniques pour la faculté de médecine de Breslau, on commence déjà à bâtir une nouvelle clinique de gynécologie. L'architecte est celui qui a bâti les cliniques de Bonn. Le jardin nommé Maxgarten est destiné peu à peu à toutes les cliniques de l'université de Breslau, excepté la clinique psychiatrique qui restera réunie à l'hôpital « *Allerheiligen hospital.* » Le no-restraint est rigoureusement appliqué dans l'asile d'aliénés (100) comme, du reste, dans presque toute l'Allemagne. Les élèves de la clinique d'accouchement sont appelés à tour de rôle.

L'Université d'Erlangen (219), possède un hôpital pourvu de cliniques médicale, chirurgicale, obstétricale, psychiâtrique et ophthalmologique (Heineke, Zweifel, Hagen, Sattler); elle possède également des instituts d'anatomie (v. Gerlach), de physiologie (Rosenthal) et de pathologie (Zenker). Nous citerons encore les noms de Filehne (matière médicale), de Fleischer (laryngologie) et de F. Penzoldt (policlinique). Les infirmières sont des diaconesses. Chaque clinique possède des pavillons isolés; la clinique médicale en possède deux pour la variole, scarlatine et diphtérie,

L'Université de Freiburg (in Brisgau (474), dispose d'un laboratoire de chimie et d'instituts pour l'étude pratique de l'anatomie (Wiedersheim), de la pathologie (R. Maier), de la physiologie (v. Kries) etc.; elle est pourvue de cliniques de médecine (Baumler), de chirurgie (Krasko), d'accouchements (Hegar) et d'ophthalmologie (Manz). Hildebrand est chargé de la botanique, Baumann, de la chimie physiologique et Thomas, de la clinique des enfants. Nous citerons encore les noms de Strasser (ostéologie), Schinzinger et Middeldorpf (chirurgie).

L'Université de Wurzburg (784), compte parmi ses professeurs Leube qui est devenu directeur de la clinique de médecine, comme successeur du professeur Gerhardt, qui a été nommé à Berlin, Fick (physiologie), Rindfleisch (anatomie pathologique), Rossbach (matière médicale), Trœltsch (maladies des oreilles), Kœlliker (anatomie humaine, comparée et topographique); J. Sachs (botanique), à la Faculté des sciences.

L'Université de Giessen (159) est pourvue d'un hôpital académique avec cliniques médicale, chirurgicale et ophthalmologique, d'une maternité, d'un laboratoire de chimie, et d'instituts de physiologie et de pathologie. La bibliothèque de l'Université renferme cent quarante mille volumes. On remarque parmi ses professeurs : Bose (chirurgie); Eckhard (anatomie) et Boström (anatomie pathologique).

L'Université de Göttingen (204) possède des instituts pour l'enseignement de la physiologie animale et végétale, et la pathologie, un hôpital (l'hôpital Ernest-August), une maternité, un asile d'aliénés avec clinique psychiatrique, un laboratoire de chimie et un institut vétérinaire. L'anatomie est enseignée par Merkel, la physiologie par Meissner, la médecine par Ebstein, la chirurgie par Konig, l'anatomie pathologique par Orth.

L'Université de Greifswald (457) dispose d'un hôpital qui comprend des cliniques de médecine, de chirurgie, d'obstétrique et d'ophthalmologie. Parmi ses professeurs se trouvent : J. Budge (anatomie); Mosler (pathologie et thérapeutique) ; Arndt, professeur extraordinaire (psychologie et maladies nerveuses).

L'Université de Halle (316) possède une bibliothèque de cent mille volumes, un laboratoire de chimie, un jardin botanique, un musée de zoologie, un amphithéâtre d'anatomie, un musée zootomique, une maternité, un hôpital de médecine et de chirurgie, et des laboratoires de physiologie, de pathologie et de pharmacie. Dans la liste de ses professeurs, on remarque les noms de Volkmann (chirurgie) ; de Bernstein physiologie) ; de A. Græfe (ophthalmologie) ; de Hitzig (médecine psychologique); de C. Eberth et Welker (anatomie); Olshausen (accouchements) ; de Harnack, professeur extraordinaire (thérapeutique). Il existe à Halle une école dentaire annexée à l'Université. La durée des études y est de deux ans.

L'Université de Heidelberg (265) dispose d'un hôpital renfermant des cliniques de médecine, de chirurgie et d'ophthalmologie ; elle a un institut pour l'enseignement des maladies des oreilles, une maternité, des instituts d'anatomie, de pathologie, de physiologie et de zoologie, deux laboratoires de chimie et un jardin botanique. Elle compte parmi ses professeurs : Gegenbaur (anatomie humaine et embryologie), Kühne (physiologie et histologie), Arnold (pathologie), Braun (chirurgie), Erb et Schultze, professeur extraordinaire (pathologie nerveuse).

L'Université d'Iéna (204) trouve son enseignement clinique dans l'hôpital grand-ducal ; elle possède en outre une maternité, un asile d'aliénés, des laboratoires et des musées d'anatomie, de zoologie, de physiologie, de pathologie, de chimie, etc. Schultze y enseigne l'obstétrique, Preyer la physiologie, J. Rossbach, la pathologie et la thérapie), W. Müller, l'anatomie pathologique, C. Bardeleben, professeur extraordinaire, l'anatomie.

L'Université de Kiel (227) est pourvue d'un hôpital de médecine et de chirurgie, d'une maternité et de divers musées et laboratoires ; elle compte parmi ses professeurs : Hensen (physiologie), Quincke (médecine), Heller (anatomie pathologique), Esmarch (chirurgie), Petersen (chirurgie) et Pansch, professeurs extraordinaires (anatomie).

L'Université de Königsberg (251) est pourvue d'instituts anatomique, pathologique et physiologique, de cliniques de médecine, de chirurgie, d'accouchements et d'ophthalmologie, de laboratoires de chimie et de pharmacie, etc. Naunyn y enseigne la médecine, Jacobson l'ophthalmologie; Benecke l'anatomie; Neumann l'anatomie pathologique; Samuel, professeur extraordinaire, la pathologie générale; Hermann, la physiologie.

L'Université de Leipzig (662) possède des laboratoires de chimie, de physico-chimie et de chimie pathologique ; un institut zoologique avec Leuckhardt pour directeur ; un institut d'anatomie dirigé par His, et un institut de physiologie (directeur : Ludwig), diverses cliniques, etc. Les principaux professeurs de cette Université sont Credé (accouchements), Flechsig (psychiatrie), Ludwig (physiologie), Birch-Hirschfeld (anatomie pathologique); His (anatomie); Thiersch (chirurgie), Coccius (ophthalmologie), J. Cârus (zoologie); Wenzel, professeur extraordinaire (anatomie et histologie), et Leuckhardt (zoologie). Les femmes ne sont admises en Allemagne ni aux cours ni aux examens ; toutefois de 1871 à 1880 quelques-unes avaient été admises par l'Université de Leipzig ; le gouvernement saxon a depuis interdit leur admission.

L'Université de Marburg (247) est pourvue d'un hôpital, et de divers laboratoires pour l'instruction pratique : Roser y enseigne la chirurgie, N. Lieberkühn, l'anatomie, Cramer, la psychologie, Marchand, l'anatomie pathologique et Wigand, la botanique.

L'Université de Rostock (92), une des moins considérables de l'Empire, compte parmi ses professeurs Th. Thierfelder (médecine et thérapeutique), Schatz (accouchements), Brunn (anatomie), A. Thierfelder (anatomie pathologique).

L'Université de Strasbourg (222) possède des instituts pour l'enseignement pratique de l'anatomie, de la physiologie expérimentale, de la chimie physiologique, de la pathologie et de la pharmacologie, ainsi que des cliniques de médecine, de chirurgie, d'accouchements, de maladies mentales, d'ophthalmologie, de maladies syphilitiques et cutanées ; au nombre de ses professeurs nous voyons figurer: Schwalbe (anatomie humaine et embryologie) ; Laqueur (ophthalmologie); Schmiedeberg (pharmacologie) ; Goltz (physiologie); Hoppe-Seyler (chimie physiologique et pathologique); von Recklinghausen (anatomie, histologie et physiologie pathologiques); Kussmaul (clinique médicale); Freund et Aubonas (obstétrique et gynécologie); L. Jössel (anatomie) ; Wieger (maladies cutanées et syphilitiques); Strohl ; ces quatre derniers anciens professeurs de la Faculté française ; O. Schmidt (anatomie comparée); DeBary (botanique); F. Rose (chimie pratique). M. E. Bœckel est chirurgien de l'hôpital civil.

L'Université de Tübingen (242) a sous sa dépendance un hôpital et divers établissements d'enseignement pratique. P. Bruns y enseigne la chirurgie ; von Liebermeister, la médecine et la matière médicale ; Henke, l'anatomie ; Jürgensen, les maladies des enfants ; Grützner, la physiologie ; Ziegler, l'anatomie pathologique.

Nous rappelons à nos lecteurs, que M. le Dr R. Blanchard à publié ici même une série de lettres très remarquables sur les Universités en Allemagne (1). Nos lecteurs y trouveront de plus amples renseignements sur l'organisation intérieure des facultés, les bâtiments universitaires, leur budget, les mœurs des étudiants, etc.

Nous ne pouvons nous étendre longuement sur l'enseignement médical en Allemagne. Nous portons du reste, dans le cours de l'année à la connaissance de nos lecteurs tous les changements qui

(1) Les chiffres entre parenthèses placés à la suite des noms des facultés indiquent le nombre des élèves pendant le semestre d'été de 1885, selon le *Deutscher Universitats Kalender* de 1885-86.

(1) Ces lettres ont été réunies en un volume de 268 pages, dont le prix est de 4 francs. — Pour nos abonnés, 2 fr. 75.

se produisent dans le personnel enseignant ou dans l'organisation des facultés de médecine de l'Allemagne. (1)

Nous ferons toutefois observer que dans presque tous les hôpitaux dépendant des facultés de médecine le personnel est entièrement laïque; chaque professeur de clinique est directeur de son service, et par conséquent de l'hôpital; quand une clinique occupe à elle seule tout un groupe isolé de bâtiments, il est secondé par un économe.

Notre ami et correspondant Dr Ed... nous envoie les renseignements suivants sur les médecins praticiens allemands:

« Les examens terminés, la plupart des médecins vont pour quelque temps dans une grande université pour y trouver l'occasion de se perfectionner dans les spécialités (otologie, laryngoscopie, pédiatrie, etc.). Quoique toutes ces spécialités soient l'objet d'un enseignement théorique et pratique dans presque toutes les petites facultés, le matériel y est ordinairement insuffisant pour y acquérir l'expérience nécessaire. Beaucoup de jeunes médecins se rendent dans les grandes maternités, comme par exemple à Dresde, où ils sont logés et où ils trouvent l'occasion d'assister à un grand nombre d'accouchements normaux et pathologiques. Pendant son temps d'études l'étudiant n'assiste guère qu'à 15 ou 20 accouchements, tandis que dans les grandes universités il peut en voir 30, 40 et davantage, s'il suit avec assiduité la policlinique. Les deux universités où se rendent le plus grand nombre des jeunes médecins sont Vienne et Berlin pour l'enseignement pratique; la répartition excellente du matériel clinique et pathologique y permet de beaucoup voir et de beaucoup pratiquer. Ceux qui ont plus de temps et d'argent à dépenser se rendent, leurs études terminées, dans un institut petit ou grand pour y faire des recherches scientifiques sous la direction d'un professeur en renom. Ces premiers travaux sont utilisés généralement par là thèse. Nombre de ces thèses paraissent dans des revues connues et en forment un chapitre intéressant. Le sujet et la direction de ce premier travail décident souvent de la carrière de l'auteur. — D'autres, soit après leur examen, soit seulement après leur thèse deviennent assistants dans un institut ou dans une clinique universitaire ou non. Leur traitement s'élève dans les universités de 800 à 1500 marks (2), avec ou sans logement, quelquefois avec la pension, le chauffage et l'éclairage. Les premier et second assistants peuvent être assimilés aux chefs de clinique en France, avec les fonctions d'internes en plus. Le premier assistant a, outre la charge des malades confiés à ses soins (20 ou 30), malades souvent choisis dans d'autres salles en vue de l'enseignement, à donner des cours de diagnostic et de percussion. Il est fréquemment Privat-Docent et supplée le professeur en cas d'absence; son initiative varie selon l'importance de la clinique et les chefs de service. Le professeur s'efforce de faire publier le plus grand nombre de travaux par ses assistants; sa propre réputation et son avancement en subissent souvent l'influence. Dans les hôpitaux communaux, ces assistants reçoivent de 800 à 1.000 marks avec l'entretien complet. La place d'assistant de ces hôpitaux peut être comparé à celle d'interne en France, avec cette différence que le premier est mieux rétribué. Une circulaire ministérielle a, il y a trois ans, vivement recommandé à tous les hôpitaux de la Prusse, la création de places pour les médecins qui désirent se perfectionner.

« Les médecins praticiens ont encore à leur disposition, une fois établis, les sociétés médicales, dont l'organisation se rapproche sensiblement de celle des sociétés françaises. A Francfort sur le Mein ils ont à leur disposition un institut d'anatomie avec amphithéâtres et collections, un jardin botanique, une bibliothèque, dûs à la générosité de Senkenberg; il existe en outre dans cette ville une association dont le but est de faire donner chaque année des conférences sur des questions médicales importantes. — L'existence des bibliothèques médicales circulantes explique le petit nombre d'abonnés que possèdent la plupart des revues allemandes. »

« Les journaux les plus lus, sont: la *Berliner klinische Wochenschrift*; la *Deustche medicinal Zeitung* et les divers *Centralblatt*. Le prix élevé des *Archiv für Chirurgie, Gynaekologie, Innere Medcin*, etc. fait que ces dernières sont bien moins répandues, quoique le nombre de leurs lecteurs soit assez considérable. Parmi les journaux français nous citerons le *Progrès médical* dont le nombre des lecteurs augmente chez nous chaque année. Les deux journaux anglais les plus appréciés en Allemagne, sont: le *Lancet* et le *Britisch medical Journal*. Nous signalerons encore les revues annuelles sur les progrès de la médecine. »

« Les médecins militaires déclarés aptes au service, passent une année sous les drapeaux; et à chaque promotion, à un grade plus élevé, ils sont tenus de faire un nouveau service de six semaines. Depuis trois ans ce service est remplacé par un cours de vacances de six semaines à l'université; pendant ce temps ils reçoivent la solde attachée à leur grade.

« On peut dire avec raison qu'en Allemagne, celui qui veut étudier trouve facilement l'occasion de le faire; les noms que nous avons cités sont une garantie de la valeur des études médicales. L'Etat de son côté contribue à l'amélioration des instituts de médecine, cliniques, etc., qui puissent répondre aux exigences contemporaines. L'enseignement pratique tend de plus en plus à se substituer à l'enseignement théorique. Les branches spéciales sont enseignées dans les grandes universités.

« Les cours pour les médecins praticiens n'avaient lieu jusqu'alors dans les villes universitaires que pendant les vacances. Dorénavant ils auront lieu à Berlin durant tout le cours de l'année; leur durée sera d'un mois. Les cours suivants sont donnés en ce moment: Maladies nerveuses (Eulenburg), otologie (Hartmann et Jacobson), maladies des enfants (Klein), dermotologie (Lassar), médecine (Litten), laryngologie (Lublinsky). »

C. Autriche-Hongrie.

Les Universités de l'Empire Austro-Hongrois qui possèdent des Facultés de médecine et délivrent des diplômes médicaux, sont les suivantes: Agram (Croatie), Gratz (Styrie), Innsbrück (Tyrol), Cracovie, Pesth (Hongrie), Prague (Bohême) et Vienne.

Toutes ces Universités relèvent du Gouvernement, et le diplôme de docteur en médecine qu'elles délivrent donne le droit d'exercer dans tout l'Empire. La durée des études exigées pour le doctorat, est de cinq années; les candidats ont à subir trois examens, qui, sauf une dispense spéciale et rarement accordée, doivent être passés tous dans la même Université. Le premier examen comprend: la physique, la chimie, l'anatomie et la physiologie; l'examen est théorique sur ces quatre sujets et pratique sur deux d'entre eux, l'anatomie et la physiologie. Le deuxième examen roule sur la pathologie et la thérapeutique générales, l'anatomie pathologique et l'histologie, la pharmacologie, la pathologie et la thérapeutique médicales; il y a une épreuve pratique d'anatomie pathologique et une épreuve de clinique médicale. Le troisième examen comprend: la chirurgie, l'ophthalmologie, les accouchements et la médecine légale; l'épreuve clinique porte sur la chirurgie, l'ophthalmologie et les accouchements. Les examens sont publics, et ont tous lieu en présence d'un commissaire du Gouvernement: pour le second et le troisième, un examinateur désigné par le Gouvernement est adjoint au jury. Les examens ont lieu en allemand, sauf à Cracovie où ils ont lieu en Polonais.

L'Université de Vienne (2.307) est la plus importante de l'Empire. Parmi ses professeurs ordinaires se trouvent: Von Brücke (physiologie); Langer et Toldt (anatomie): Von Bamberger (pathologie spéciale et clinique); Späth (accouchements); Billroth (clinique chirurgicale); Hofmann (médecine légale); Sigmund (syphilis); Stricker (pathologie expérimentale); Meynert (psychiatrie et maladies nerveuses); Kaposi (maladies de la peau); Kundrat (anatomie pathologique). Elle compte en outre parmi ses professeurs extraordinaires: Leidesdorf (psychiatrie); Benedikt (électrothérapie); Politzer (otologie): Drasche (épidémiologie); Auspitz (maladies de la peau); Exner (physiologie); Rosenthal (maladies du système nerveux); Von Basch (pathologie expérimentale); Nowak (hygiène); Mosetig-Moorhof (médecine opératoire); Schnitzler (laryngologie, etc.

L'hôpital général (*Allgemeine Krankenhaus*) peut recevoir environ 3000 malades; on y trouve la matière d'un enseignement clinique portant sur toutes les branches de la médecine, sauf la clinique des maladies des enfants, qui se trouve à l'hôpital Sainte Anne.

Les cours libres sont nombreux et utiles à Vienne; mais ils sont dispendieux; et, si l'étudiant peut y employer son temps d'une façon très profitable, il doit en revanche, s'attendre à dépenser des sommes relativement considérables. L'Université de Vienne se prête surtout à l'étude de l'anatomie pathologique, ordinaire ou médico-légale; le chiffre considérable de douze autopsies par jour n'est pas rare à l'hôpital général.

L'Université de Buda-Pesth, fondée en 1635 à Tyrnau, transportée à Ofen en 1777, et enfin transférée à Pesth en 1784, compte environ 1000 étudiants, 50 professeurs, et possède une bibliothèque de 70,000 volumes.

La faculté de Cracovie, fondée en 1400, possède un personnel enseignant très complet: nous citerons Adamkiewicz (pathologie); Mikulicz (chirurgie); Browicz (anatomie pathologique); Jakabowski (maladies des enfants).

L'Université de Gratz (371) possède des instituts d'anatomie, de physiologie, de pathologie et de zoologie, ainsi que des cliniques de médecine, de chirurgie, d'ophthalmologie, d'obstétrique et de gynécologie; des laboratoires de chimie physiologique et pathologique, un laboratoire de chimie, etc. Elle trouve l'enseignement clinique dans plusieurs établissements hospitaliers, parmi lesquels il faut citer

(1) Nous avons déjà à plusieurs reprises signalé l'organisation des cours de vacances soit pour les élèves, soit pour les médecins praticiens. Le journal a à plusieurs reprises publié le programme de quelques uns de ces cours. Cet exemple mériterait d'être suivi en France. Voir aussi les articles nécrologiques que nous consacrons aux professeurs allemands.

(2) Le marck vaut 1 fr. 25.

l'hôpital général (700 lits), la maternité (120 lits), l'hôpital de la Ville (80 lits); l'hôpital des enfants (80 lits) et deux infirmeries (245 lits). Parmi les professeurs, mentionnons R. Von Krafft-Ebing qui enseigne la psychiatrie; Schroff, la pharmacie; Helly et P. Börner, professeur extraordinaire, les accouchements; Eppinger, l'anatomie pathologique.

L'Université d'INNSBRÜCK a des laboratoires, des cliniques et divers autres établissements d'enseignement pratique; elle dispose en outre d'un hôpital général de 204 lits et d'une maternité de 130 lits.

L'Université de PRAGUE, fondée en 1348, compte environ 2000 étudiants; elle possède un amphithéâtre d'anatomie, des instituts de pathologie, de physiologie, de chimie médicale et de zoo-chimie, des cliniques de médecine, de chirurgie, d'ophthalmologie et de dermatologie; des cliniques obstétricales pour les médecins et pour les sages-femmes, etc.; ainsi que divers hôpitaux, parmi lesquels nous citerons : l'hôpital général (950 lits) auquel se rattache l'hôpital des Sœurs de Bohême (220 lits); l'hôpital Frantz-Joseph, pour les enfants (100 lits); l'hôpital général israélite (50 lits): celui des Frères de la Charité (166 lits); celui des Sœurs de Sainte-Elisabeth (60 lits): l'asile public des aliénés (150 lits) et la maternité qui comprend 22 lits pour les mères et 176 pour les enfants. Dans la liste des professeurs de Prague, on trouve les noms de Hering (physiologie), Gedussenbauer (chirurgie); de Pribram (médecine): de Chiari (anatomie pathologique), Breisky (accouchements); de Kaulich, professeur extraordinaire (maladies des enfants).

Il a été créé récemment à Prague une faculté de médecine de langue tchèque. Cette faculté, encore en voie d'organisation, a, parmi ses professeurs: Schoebl (ophthalmologie): Streng (gynécologie); Spina et Hlava (anatomie pathologique); Tomsa (physiologie) (1). Les correspondances de notre collaborateur Dagonet sur les Facultés de Prague (2) nous dispensent d'entrer dans de plus amples détails sur l'enseignement médical en Autriche-Hongrie. L'organisation des autres facultés ne diffère que par quelques détails insignifiants. L'admission des femmes dans les universités de l'Autriche, tolérée pendant quelque temps, est actuellement interdite.

D. Suisse.

Les quatre universités Suisses (Bâle, Berne, Genève, Zürich) confèrent le grade de docteur en médecine, mais ce grade universitaire ne donne pas le droit de pratiquer la médecine en Suisse. La patente de médecin praticien fédéral est obtenue à la suite d'un examen d'état que font passer des commissions fédérales d'examens nommées par un comité directeur siégeant à Bâle. A côté de ce titre de médecin fédéral permettant d'exercer la médecine dans toute la Suisse et d'occuper des positions médicales officielles et d'être médecin militaire, chaque canton peut autoriser la pratique médicale sur son territoire. Quelques cantons jouissent même du libre exercice de la médecine : le grade de docteur en médecine de Genève donne le droit d'exercer la médecine dans ce canton; mais n'est pas valable pour toute la Suisse.

Les examens qui confèrent le droit d'exercer dans toute la Suisse se divisent en deux parties. Le premier (*propédeutique*) comprend des épreuves pratiques d'anatomie et d'histologie humaine, et un examen oral sur la physique, la chimie, la botanique, la zoologie et l'anatomie comparée, l'anatomie et l'histologie, la physiologie.

Le deuxième et dernier examen (*professionnel*) se divise en un examen pratique et en un examen oral. Le premier comprend : 1° L'examen de deux malades de médecine, de deux malades de chirurgie, d'un malade d'ophthalmologie et d'une malade d'accouchements. 2° Une consultation écrite sur l'un des deux cas de médecine et l'un des deux de chirurgie. 3° Une autopsie avec conclusions et préparation microscopique. 4° Deux opérations, et épreuves obstétricales sur le mannequin. 5° Examen écrit de médecine légale, de police sanitaire ou d'hygiène.

L'examen oral comprend la physiologie, la pathologie générale et l'anatomie pathologique; la pathologie spéciale et la thérapeutique, y compris les maladies des enfants et la psychiatrie; la chirurgie, l'ophthalmologie; l'obstétrique et la gynécologie; l'hygiène et la médecine légale; la matière médicale. L'organisation des facultés suisses est à peu près la même que celle des facultés allemandes.

La faculté de BÂLE (104), fondée en 1460, possède un hôpital qui contient des cliniques de médecine et de chirurgie, d'accouchements, des maladies des yeux et des maladies mentales; elle possède également un hôpital d'enfants et des instituts pratiques de physiologie, de pathologie, de chimie et de botanique. Elle compte parmi ses professeurs : Socin (chirurgie), Immermann (médecine), Bischoff (obstétrique), Miescher fils (physiologie), Roth (anatomie pathologique), Willo (psychiatrie), Schiess (ophthalmologie), Kollmann (anatomie). C'est la seule faculté suisse où les femmes ne soient pas admises.

La faculté de BERNE (186) possède également des cliniques médicale, chirurgicale, obstétricale, ainsi que des cliniques spéciales et des laboratoires de physiologie, de pathologie et de chimie. Elle compte parmi ses professeurs : Kocher (chirurgie); Lichtheim (médecine); P. Müller (obstétrique et gynécologie); Langhans (anatomie pathologique); Vogt (hygiène); Pflüger (ophthalmologie); Emmert (médecine légale); Demme, professeur extraordinaire (maladies des enfants); Gasser (anatomie); H. Kronecker (physiologie); Nencki (chimie physiologique); Schwarzenbach y enseigne la chimie. — Nous signalerons tout spécialement la maternité de Berne construite, il y a quelques années, dans les meilleures conditions possibles. Les élèves s'y inscrivent pour y demeurer à tour de rôle pendant un mois, et sont appelés pour les accouchements et toutes les opérations qui s'y font. Un assistant est spécialement attaché au service des salles affectées aux femmes atteintes d'infection puerpérale, s'il s'en présente. Le professeur Müller est directeur de cette maternité; il a sous ses ordres un économe.

La Faculté de GENÈVE (104) possède des laboratoires d'anatomie normale et pathologique, de physiologie, de chimie, de physique, fort bien installés. L'hôpital Cantonal, la maternité, l'asile des aliénés, l'hôpital ophthalmique, la policlinique, la morgue judiciaire sont les établissements qui servent à l'enseignement pratique des diverses branches de la médecine. Les études sont organisées d'après le système de la liberté d'études, sans qu'il y ait une division tranchée par années. Six ans sont considérés comme le temps approximativement nécessaire pour parcourir le champ d'études et être préparé à subir les examens de docteur. Les professeurs sont : MM Laskowski (anatomie), Schiff (physiologie), Zahn (anatomie pathologique), Revilliod (clinique médicale), Julliard (clinique chirurgicale), Vaucher (clinique obstétricale et gynécologique), Vuilliet (policlinique), D'Espine (pathologie interne), Reverdin (pathologie externe et médecine opératoire), Prevost (thérapeutique), Dunant (hygiène), Brun (matière médicale), Gosse (médecine légale), Olivet (psychiatrie); Jentzer (gynécologie opératoire sur le cadavre), A. Reverdin (pansements et appareils). — Parmi les Privat-Docent nous citerons Barde et Haltenhoff (ophthalmologie), E. Cheneviére (accouchements), Ed. Martin (voies urinaires), Ladame (électrothérapie). M. Carl Vogt enseigne à la Faculté des sciences la zoologie et l'anatomie comparée. C. Yung, la zoologie générale; Græbe et D. Monnier la chimie; Wartmann et Raoul Pictet, la physique. Il existe à Genève une école supérieure de chimie fondée en 1879, et une école dentaire ouverte depuis quatre ans.

La ville de LAUSANNE (Vaud) possède une école préparatoire de médecine confondue avec la faculté des sciences; l'anatomie avec exercices de dissection, la physiologie, l'hygiène, la pharmacie, l'histologie générale y sont les principales branches enseignées. On peut y subir l'examen propédeutique.

L'université de ZÜRICH (204) possède un hôpital général, un hôpital d'enfants, une maternité, et des laboratoires de pathologie, de physiologie, d'anatomie, de chimie. Elle compte parmi ses professeurs : Meyer (anatomie), Frey (histologie), Klebs (anatomie pathologique), Eichhorst (clinique médicale), Horner (ophthalmologie), Krönlein (chirurgie), Fränkenhauser (obstétrique), Wyss (pédiatrie et hygiène), Forel (psychiatrie), Hans V. Wyss, privat-docent (médecine légale). Un grand laboratoire d'anatomie pathologique (bâtiment spécial, pourvu de tout le matériel nécessaire a été bâti, il y a deux ans. Tous les malades morts dans les hôpitaux et asiles cantonaux sont autopsiés. On construit en ce moment un laboratoire nouveau pour la physique et la physiologie. Les hôpitaux sont tous et entièrement laïques et dirigés par des médecins. L'hôpital cantonal possède des pavillons d'isolement pour les maladies contagieuses (variole, fièvre typhoïde, etc.). Les élèves de la clinique d'accouchements sont appelés à tour de rôle, par le concierge pour aller assister aux accouchements.

Il existe dans le canton de Zürich deux asiles d'aliénés; Burghögli pour les curables (350 lits) dont le médecin directeur est M. Forel, professeur de psychiatrie, et Rheinau pour les incurables (650 lits). Des chambres mortuaires existent à l'institut d'anatomie pathologique, à l'institut d'anatomie, à l'asile de Burghögli et en ville.

La méthode antiseptique est naturellement employée à la clinique chirurgicale. M. Krönlein qui avait abandonné le Spray, l'a repris à cause des affections septicémiques causées par les étudiants; avant chaque opération il fait désinfecter la salle; il emploie de préférence la gaze iodoformée et la gaze salicylique pour les pansements; pour les opérations faites dans la cavité abdominale il use d'une solution de sublimé (1/1000) qui est aussi employée à la clinique d'accouchements. Les assistants de l'hôpital cantonal donnent de petits cours pour les infirmiers et les infirmières. (1)

(1) Voir pour plus de détails, *Progrès médical*, n° 34, 22 août 1885, *cours pour les médecins praticiens*.

(2) Voir *Progrès médical*, 1884 : Une visite à la clinique du professeur Gussenbauer. Les facultés de médecine de Prague. La Gebaeranstalt, n°s 27, 36, 37, 38.

(1) Nous sommes redevables à l'obligeance de M. Forel de la plupart des renseignements que nous publions sur la faculté de Zürich.

E. Hollande.

La médecine est enseignée en Hollande aux trois Universités de l'Etat, de Leyde, Gröningue et Utrecht, à l'Université communale d'Amsterdam. Athénée, où existe une école secondaire ne possédant pas le *fas promorandi*, et à l'école militaire qui forme plus spécialement les officiers de santé pour l'armée de terre et de mer et les colonies.

La Hollande offre une multiplicité très grande de titres et de grades. Ainsi les docteurs en médecine, en chirurgie et en obstétrique (*medicinæ, — chirurgiæ, —* et *artis obstetricæ doctor*), tous trois distincts, le médecin-chirurgien-accoucheur (*geneesheel-en verloskundige*), l'officier de santé (*officier van gezonzheid*), titre réservé au corps de santé militaire, le simple accoucheur (*verloskundige*), la sage-femme (*vrœdvrouw*), sans compter quatre grades pour la phar macie ; tous ces titres et grades donnant lieu à des études et à des examens différents (1).

Dans les quatre villes se trouvent un hôpital académique et des laboratoires de physique, chimie, zoologie, botanique, d'anatomie, de physiologie, de pathologie expérimentale et de pharmacie ; à Amsterdam, il y a en plus des laboratoires d'hygiène et d'anatomie pathologique.

La médecine est exercée exclusivement par ceux qui ont le titre d'*arts*, titre accordé après un examen pratique, par une Commission nommée annuellement par le roi.

On est admis étudiant en médecine après l'un des deux examens suivants : l'*Examen littéraire-mathématique* (sciences mathématiques, le hollandais, le français, l'allemand et un peu de latin); l'*Examen d'admission à l'Université* (sciences mathématiques, le hollandais, le latin et le grec). — Ou après avoir parcouru avec succès les six classes d'une école latine (sciences mathématiques, géographie, histoire, le latin, le grec, le hollandais, le français, l'allemand et l'anglais).

Les étudiants qui ont suivi les deux dernières voies seulement, peuvent aspirer plus tard au titre de docteur en médecine. Les femmes sont admises à l'Université.

Le grade de docteur en médecine peut être demandé seul, ceux de docteur en chirurgie ou en obstétrique, ne peuvent être accordés séparément qu'aux candidats munis du premier.

Les médecins-chirurgiens-accoucheurs, sorte d'officiers de santé civils, les pharmaciens et sages-femmes, reçoivent leur diplôme après avoir passé un examen d'Etat, devant un jury composé de professeurs des établissements officiels, de médecins du pays et même d'officiers de santé.

Il y a trois classes de professeurs en Hollande, le professeur titulaire (*professor*), le professeur extraordinaire (*lector*) et le *privat-docent*. Les professeurs peuvent enseigner plusieurs matières et les titulaires ne doivent pas se livrer à la pratique.

A l'Université, l'étudiant passe les examens suivants : 1° Botanique, zoologie, physique, chimie (après deux ans). 2° Anatomie, physiologie, histologie, pharmacologie, pathologie générale (après deux ans). 3° Pathologie interne, chirurgie (théorique), l'art des accouchements (théorique), anatomie pathologique, pharmacodynamie, hygiène (après deux ans).

Après une thèse de doctorat, la Faculté accorde le titre de docteur en médecine à ceux qui ont passé ces trois examens et qui, lors de leur admission à l'Université, ont prouvé de savoir suffisamment le latin et le grec. Ordinairement, l'étudiant se soumet à l'examen pratique d'*arts* un an après le troisième des examens nommés.

F. Danemark.

Le siège de la Faculté est à Copenhague : tout étudiant peut librement suivre les cours après s'être fait inscrire; les femmes y sont admises ; mais il faut être Danois pour obtenir à la suite des examens réglementaires le droit d'exercer.

Il y a deux titres, le *kandidat* et le *doctor*. Le premier représente la presque universalité des médecins du pays, le second est réservé pour ceux qui aspirent à l'enseignement et à des fonctions administratives élevées. A la rigueur un kandidat pourrait être nommé professeur par une simple ordonnance royale, mais depuis quelque temps déjà, les chaires sont données au concours. Il faut ajouter que le *kandidat* ne peut pratiquer l'art des accouchements qu'après un stage à la maternité. Pour les kandidats, les jurys d'examen se composent de deux professeurs de la Faculté et d'un médecin pris en dehors et nommé par le collège de santé, sorte de grand conseil d'hygiène du gouvernement. Pour être reçu docteur, il faut avoir obtenu le *premier caractère* à l'examen de kandidat, être muni du certificat d'aptitude, du professeur d'accouchements, chef du service de la Maternité et présenter une thèse, que l'on défend contre deux professeurs et même contre les auditeurs. Le jury du concours pour les professeurs se compose de quatre professeurs de la Faculté et de trois membres de la Société Royale de médecine.

La durée des études est ordinairement de six ou sept ans. L'enseignement théorique est donné dans les anciens bâtiments de l'Académie de chirurgie, où se trouvent aussi l'Institut qui comprend l'amphithéâtre d'anatomie et le laboratoire de physiologie naguère professé par le savant et regretté Panum dont nous avons récemment enregistré la mort, un amphithéâtre d'anatomie, des collections d'anatomie normale et pathologique, d'instruments de chirurgie et de matière médicale. L'enseignement clinique est fourni par les hôpitaux de Copenhague, où six professeurs de la Faculté remplissent les fonctions de chefs des divers services.

L'hôpital de la ville (kommune hospitalet), placé sur une colline, est certainement le plus beau et le mieux agencé des hôpitaux monumentaux de l'Europe. Dans chaque hôpital, le personnel médical composé d'un médecin ou chirurgien en chef, d'un médecin ou chirurgien adjoint, d'internes, et d'externes fixes et ordinaires. Les médecins qui ne sont pas chargés d'une chaire officielle à la Faculté, sont nommés soit par l'administration de la ville, ou par la direction de l'hôpital selon le cas. En général, la hiérarchie est observée, un externe peut devenir externe fixe, puis interne, puis médecin adjoint, puis médecin en chef. Les externes comprennent la totalité des étudiants et ce sont eux qui choisissent entre eux les externes fixes, par un vote auxquels prennent part aussi les internes et les chefs de service. Ce sont ces derniers qui proposent à l'administration ceux des externes fixes, qu'ils choisissent comme internes, et la plupart du temps les internes sont déjà reçus médecins (*kandidats*). Il faut ajouter que, à l'exception des médecins ou chirurgiens, professeurs de la Faculté et inamovibles, en raison de leur grade de professeur, les médecins et chirurgiens en chef d'un hôpital sont nommés pour six ans, seulement, les médecins adjoints pour trois ans, d'où il suit qu'un médecin d'hôpital n'y peut demeurer plus de neuf années.

Enfin, il faut citer, à Copenhague, la maison des étudiants, où se trouvent réunis, pour ceux qui le souhaitent, à bon compte ou à l'aide de bourses, toute l'installation matérielle désirable, logement, pension, etc., et un fort beau cercle dû à l'initiative privée.

L'enseignement de la médecine est gratuit. — Il a été fondé récemment à Copenhague un laboratoire de bactériologie dirigé par Salomonssen.

G. Suède.

Il y a en Suède trois Ecoles de médecine ; deux Facultés relèvent des Universités d'Upsal (1477) et de Lund (1668), et l'Institut médico-chirurgical de Stockholm (Karolinska Institutet). Ces trois écoles possèdent des musées d'anatomie normale et pathologique, des collections de produits chimiques et de préparations pharmaceutiques, d'instruments de chirurgie et d'obstétrique, des laboratoires de physiologie et de pathologie, etc. Pour être admis à la Faculté de médecine, l'élu doit passer devant la Faculté de philosophie le « Medico-filosofe Examen. » Les femmes sont admises à l'Université.

Ces trois écoles donnent les diplômes de candidat (*kandidat*) et de licencié (*ticentiale*) en médecine, les deux Facultés seules délivrent le diplôme de docteur.

Ces trois écoles donnent les diplômes de candidat en médecine (*medicine kandidat*), de licencié en médecine (*medicine licentiat*), mais les deux Facultés délivrent le seul diplôme de docteur, encore bien que la thèse puisse être soutenue à l'Institut de Stockholm. La délivrance du parchemin est donc seule demeurée aux Facultés.

Le grade de *kandidat* n'est qu'un degré ; il ne donne pas le droit d'exercice ; mais les étudiants pourvus de ce titre, pourraient être accidentellement désignés pour occuper pendant quelque temps, et à titre provisoire, un emploi dans l'armée, ou dans la marine, et aux colonies, en cas de guerre par exemple. Le diplôme de licencié comporte le droit de pratique dans le sens le plus complet du mot.

Le diplôme de docteur est réservé pour obtenir le titre de professeur, titulaire, adjoint, ou *privat-docent*, de même que pour les hautes fonctions médicales, le conseil de santé, etc. L'enseignement de la médecine est entièrement gratuit ; la loi n'a établi ni de distinction de sexe, ni de limites d'âge.

Les études complètes ne demandent pas moins de huit à neuf années. L'examen de *kandidat* comprend l'anatomie, la physiologie, la chimie médicale, la pathologie générale, l'histoire de la médecine; mais avant de passer l'examen public devant les professeurs réunis, l'élève passe un examen particulier avec chacun des professeurs. En cas de refus, il peut, il est vrai, demander l'examen public, mais cela est fort rare. D'autre part, il n'y a point de temps fixé pour les études, l'élève peut se présenter aux examens dès qu'il se croit prêt, à toutes les époques de l'année hors le temps des vacances. Reçu *kandidat*, l'élève ne va pas à l'hôpital auparavant, il doit passer six mois dans chacune des cliniques médicale, chirurgicale et obstétricale des Facultés, cliniques dites préparatoires, huit mois dans les cliniques médicale et chirurgicale de Stockholm,

(1) Un projet d'organisation médicale est depuis longtemps à l'étude, nous n'avons reçu à cet égard aucun renseignement de date récente.

quatre mois dans le service d'accouchements et dans l'hôpital des enfants, deux dans la clinique syphilitique, deux dans une clinique de maladies mentales. Il peut alors se présenter aux examens particuliers de *licentiat*, puis aux examens publics, et il est reçu s'il a obtenu la mention *approbatur*, pour chaque matière, mention la plus faible des examens.

Pour être reçu docteur, il soutient une thèse, devant tous les professeurs titulaires de l'école. Le jury désigne un opposant qui argumente en son nom, et le postulant également. Toute personne présente d'ailleurs, peut faire des objections au candidat. Il y a en quelque sorte deux épreuves. L'une consiste dans la composition et la rédaction de la thèse, l'autre dans la manière dont elle a été soutenue et pour obtenir le diplôme de docteur, la mention *approbatur* est indispensable pour ces deux épreuves.

Le mode de nomination des professeurs consiste dans la soutenance d'une thèse sur un sujet de la matière de la chaire, et en deux conferences, l'une sur un sujet qu'il a étudié antérieurement, l'autre sur un sujet choisi par lui, sur une liste arrêtée par l'école huit jours auparavant. Tous les professeurs titulaires votent au scrutin secret, et les candidats sont présentés au chancelier par ordre de mérite.

H. Norvége.

Il n'y a en Norvège qu'une seule école de médecine; elle dépend de l'Université de Christiania. L'enseignement théorique est donné à l'Université; l'enseignement clinique est donné à l'hôpital général et à la Maternité à laquelle est annexé un hôpital d'enfants. Deux asiles d'aliénés servent à l'enseignement de la psychiatrie; les maladies chroniques sont traitées et étudiées à l'hôpital de la Ville. Il y a des travaux pratiques de chimie, de botanique et d'anatomie. Avant son immatriculation, l'étudiant doit subir deux examens préliminaires. Trois examens professionnels sont nécessaires à l'obtention de la licence ou permis d'exercer. Les candidats au titre de docteur doivent, une fois en possession de la licence, subir un quatrième examen, et présenter et soutenir une thèse.

I. Belgique.

Les Universités de Bruxelles, Gand, Liège et Louvain ont le droit de délivrer des diplômes académiques. Ce droit leur est conféré par la loi qui autorise en Belgique toute Université composée d'au moins quatre Facultés à délivrer des diplômes. Ceux-ci peuvent encore être délivrés par un jury (dit jury central) nommé par le gouvernement.

Pour acquérir une valeur légale, tout diplôme délivré par l'une des quatre Universités belges, doit être au préalable visé par une Commission gouvernementale. Cette Commission porte le nom de « Commission d'entérinement ». Sa mission se borne à vérifier si le diplome est conforme aux prescriptions de la loi, notamment si les épreuves ont porté sur toutes les matières exigées par la loi.

Pour obtenir le titre de docteur, le récipiendaire doit subir dans les quatre Universités les mêmes examens à savoir : 1° Examen de candidature en sciences naturelles à passer devant la faculté des sciences et comprenant une épreuve orale sur la chimie, la physique, la botanique, la zoologie, les éléments de minéralogie et de géologie, la logique, psychologie et morale et une épreuve pratique de manipulations chimiques. Cet examen fait l'objet d'une épreuve unique ou de deux épreuves successives au choix de l'étudiant. Ordinairement les étudiants suivent pendant deux ans les cours de la faculté des sciences et passent au bout de la première année un premier examen sur la moitié des branches (sciences philosophiques, physique expérimentale et zoologie) et au bout de la seconde année un examen comprenant le reste des matières. 2° Examen de candidat en médecine, deux épreuves ou une épreuve unique au choix de l'étudiant, à passer devant la faculté de médecine et comprenant : l'anatomie descriptive, l'histologie générale et spéciale, la physiologie y compris l'embryologie, les éléments d'anatomie comparée et la matière médicale, en outre une épreuve de dissection et d'histologie pratique. Les étudiants suivent généralement ces cours pendant deux ans et passent l'examen de candidat en deux fois, une épreuve au bout de la première année, une autre au bout de la deuxième année. 3° Trois examens dits du doctorat en médecine. *a)* Le premier doctorat (une ou deux épreuves au choix de l'étudiant comprenant la pathologie et la thérapeutique spéciales des maladies internes, la thérapeutique et la pathologie générales, l'anatomie pathologique et l'hygiène. Epreuve pratique d'histologie pathologique. *b)* Le deuxième doctorat comprenant la pathologie chirurgicale y compris l'ophthalmologie, les accouchements, la médecine légale. *c)* Le troisième doctorat comprend un examen de clinique au lit du malade (clinique interne, externe, accouchements) et une épreuve pratique d'anatomie des régions et de médecine opératoire. Les étudiants suivent généralement les cours des doctorats en médecine et les cliniques pendant trois ans; ils passent le premier doctorat (épreuve unique) à la fin de la deuxième année, et les deux derniers doctorats à la fin de la troisième année. La durée totale moyenne des études est donc de sept années. La loi ne stipule rien à cet égard. Elle exige seulement que les étudiants fréquentent les cliniques pendant trois ans. Les cours ne sont pas publics. Chaque étudiant prend au commencement de l'année une inscription de 15 francs. En outre les cours se paient de la façon suivante :

200 fr. (à payer une fois) pour les cours de la candidature en sciences.
200 fr. (à payer une fois) pour les cours de la candidature en médecine.
200 fr. pour les cours de chacun des doctorats en médecine.

Les examens de candidat en sciences et de candidat en médecine se paient chacun 40 francs. Chacun des trois examens du doctorat en médecine se paie 80 francs. Tous les étudiants en médecine sont tenus de fréquenter les laboratoires (chimie, histologie normale et pathologique, amphithéâtre, physiologie etc.) Ils ont à payer de ce chef une légère rétribution.

Pour pouvoir se présenter devant un jury universitaire, il faut avoir été inscrit au rôle des étudiants de l'Université et avoir suivi les cours se rattachant à l'examen pour lequel on se présente. A côté des jurys universitaires existe un « jury central » dont les membres, pris parmi les professeurs de quatre Universités, sont nommés par le roi. Devant ce « jury central » peuvent se présenter toutes personnes qui n'auraient pas été inscrites au rôle des étudiants de l'une ou l'autre Université, ou bien aussi les étudiants qui préfèrent ce jury à celui de l'Université dont ils suivent les cours.

Les Universités libres de Bruxelles et de Louvain délivrent enfin, après examen devant la Faculté, des diplômes honorifiques. Ces diplômes n'ont aucune valeur légale. La réglementation de ces examens n'est pas contrôlée par le Gouvernement.

La faculté de Louvain (catholique) a subi depuis 1880 quelques modifications; les examens pour le doctorat (titre honorifique) y sont maintenant les mêmes que ceux de l'état; une épreuve pratique d'autopsie y serait exigée, il a été créé un cours de biologie cellulaire (cours surtout pratique), un cours d'embryologie avec exercices pratiques, et un cours de chimie physiologique. Les cliniques ont pris de l'extension et comprennent comme dans les autres facultés l'obstétrique, l'ophthalmologie, etc. La médecine légale n'y est enseignée que théoriquement. En résumé cette faculté a modifié avantageusement son organisation, mais l'esprit qui l'anime est toujours le même. Ses professeurs les plus connus sont : Verriest (médecine), Debaisieux (chirurgie), Hubert fils (obstétrique). Le service d'autopsie est organisé comme en Allemagne. La faculté libre de Bruxelles, possède des cliniques de dermatologie, de pédiatrie, de psychiatrie, d'otologie, de maladies des vieillards, etc.

Liège compte parmi ses professeurs A. Wasseige (accouchements), recteur de l'Université pour la période 1883-1888; Masius (clinique interne, pathologie générale), A. de Winiwarter (clinique externe, pathologie chirurgicale spéciale, médecine opératoire), Plucker (pathologie chirurgicale spéciale, clinique des maladies syphilitiques et cutanées), Vanlair (anatomie pathologique, pathologie interne, clinique des maladies des vieillards), Swaen (anatomie, histologie), Putzeys (hygiène, une partie de l'anatomie), Léon Frédericq (physiologie), Van Aubel (thérapeutique, médecine légale), Firket (agrégé, bactériologie pathologique, autopsies). — Le professeur E. Fuchs, depuis quatre ans professeur d'ophthalmologie à Liège, vient d'être appelé en cette qualité à l'Université de Vienne; son successeur n'est pas encore nommé.

A la Faculté des sciences, dont les cours sont suivis par les étudiants en médecine pendant les deux premières années, nous citerons Edouard van Beneden (zoologie, embryologie), Spring (chimie), Dewalque (géologie), etc.

Les locaux de l'Université de Liège ont reçu, dans ces dernières années, de grandes améliorations, on a notamment construit un certain nombre d'*instituts* destinés spécialement à l'enseignement théorique et pratique des sciences naturelles et médicales.

Les premiers construits ont été les instituts pharmaceutique (prof. A. Gilkinet, L. de Koninck, A. Jorissen), botanique (prof. Ed. Morren) et astro-physique (prof. Folie). L'institut anatomique (prof. Swaen et Putzeys) sera inauguré au moment où paraitront ces lignes; il est construit dans les meilleures conditions, tant au point de vue de la salubrité que des facilités offertes aux études. On travaille à l'érection des instituts zoologique, physiologique et chimique, et l'on espère pouvoir commencer bientôt la reconstruction par pavillons de l'hopital des Cliniques, auquel devra être annexé l'institut consacré à l'anatomie pathologique. Cette dernière mesure, dont nous avons montré les avantages dans nos études sur les services d'autopsies (1), est indispensable si l'on veut assurer le fonctionnement de ce service dans des conditions qui le rendent vraiment utile à l'enseignement. Nous souhaitons que les autorités académiques et administratives sachent profiter de l'occasion unique qui leur est offerte. — Liège et Bruxelles comptent plusieurs étudiantes, dont l'une vient de subir l'examen de pharmacien et a été autorisée à pratiquer.

(1) Bourneville et Bricon. — *Manuel de technique des autopsies* p. 32 et suivantes.

J. Italie.

Les Facultés de médecine italiennes sont régies par la loi Casati (13 novembre 1859), modifiée depuis par divers arrêtés. Elles sont au nombre de 20, celles de Bologne, de Naples, de Padoue, de Palerme, de Pavie, de Rome et de Turin sont officielles, complètes et de première classe; celles de Cagliari, Catane, Gênes, Messine, Modène, Parme et Sassari, de seconde classe. Les Facultés de Pise et de Sienne n'ont que les quatre premiers cours, celle de Florence que les deux derniers. Les Facultés libres et incomplètes sont Perugia (4 ans de cours), Camerino et Ferrare (2 ans). Auparavant, chacune de ces Facultés avait son programme et ses usages. Actuellement, la durée des études est de six ans au moins ; après ce laps de temps, on obtient la licence complète qui permet d'exercer sur toute l'étendue du territoire. Presque tous les cours sont obligatoires (trois seulement sont facultatifs) ; parmi les études obligatoires figurent les manipulations de physique, de chimie et de pharmacie, les exercices pratiques d'ophthalmologie et de dermatologie et la clinique des maladies mentales. M. Bacelli a rétabli, en 1882, les examens spéciaux et généraux au commencement et à la fin de chaque année scolaire ; le dernier examen est celui de doctorat.

« La nomination des professeurs ordinaires, dit M. Bizzozero (1), a lieu de différentes façons. Tout d'abord, le ministre peut nommer directement ceux qui se sont fait connaître par des travaux, des découvertes, et des cours dans les matières qu'ils doivent enseigner. Le ministre, cependant, n'use de ce pouvoir que dans des cas extrêmement rares, et la nomination a lieu le plus souvent par concours. Les règles des concours pour les chaires ont beaucoup varié sous les différents ministères. D'après le règlement en vigueur du 26 mai 1882, lorsque le concours est ouvert, le ministre nomme la commission du jury, en choisissant les membres selon les propositions faites par la Faculté où la chaire est vacante. La commission peut se composer de cinq à neuf membres, et sa majorité doit être constituée par des professeurs ordinaires enseignant la même matière que celle du concours. Un seul des membres de la commission peut être choisi parmi les membres de la Faculté qui l'a proposé. La commission, après avoir examiné les titres des concurrents (travaux publiés, cours faits, places occupées) distingue les éligibles des non-éligibles, et place les noms des premiers par ordre de mérite ; d'habitude le ministre nomme le premier de la liste. — Si la commission n'a pas trouvé quelqu'un d'éligible par titres, elle passe à l'épreuve d'examen, qui consiste : dans une controverse sur un mémoire présenté par le concurrent, dans une leçon, et dans un ou plusieurs exercices pratiques, si la nature de la matière mise en concours le permet. Dans cette dernière forme de concours, le premier proposé par la commission est également choisi d'habitude par le ministre, mais il est simplement nommé professeur extraordinaire. Ces règles, pour la nomination des professeurs, ont donné en général de bons résultats en Italie, et c'est particulièrement à elle qu'on doit ce réveil scientifique remarquable qu'on observe dans nos Universités. Il y a lieu de croire en effet que ce système italien est meilleur que le système allemand, autrichien, etc., selon lequel le choix du professeur à nommer est fait par la Faculté ; car, selon notre système, le jugement scientifique est porté par des juges plus compétents, c'est-à-dire par ceux qui sont, ou qui devraient être les meilleurs maîtres de la matière mise au concours, et en outre ces juges, appelés des différentes Universités du royaume dans la capitale, peuvent échapper plus facilement aux petites intrigues des Facultés, et aux sollicitations des candidats. »

La Faculté de Turin (1500 étudiants) possède des cliniques ophtalmologique, mentale, dermatologique, orthopédique, syphiligraphique, obstétricale, etc. ; des instituts anatomo-pathologique (quatre autopsies par jour environ) et anatomique, des laboratoires d'hygiène, de médecine légale (autopsies judiciaires à la Morgue), de matière médicale, de pathologie générale, de physiologie, etc. Les principaux professeurs sont : Bizzozero (pathologie générale et histologie), Mosso (physiologie), Perroncito (parasitologie), Sperino (syphiligraphie), etc.

La Faculté de Naples qui compte près de 1.500 étudiants est aussi largement pourvue de laboratoires, instituts, cliniques, etc., qui sont dirigés par des professeurs dont beaucoup sont connus de nos lecteurs.

Nous avons pris pour type la Faculté de Turin, dont l'organisation est des plus parfaites, mais nous ajouterons que la plupart des petites Facultés laissent beaucoup à désirer, tant au point de vue de leur personnel enseignant que de leur installation matérielle. — A la fin de l'année dernière, une commission parlementaire avait émis un vote favorable à la loi Bacelli (décentralisation universitaire) ; nous ignorons s'il a été donné suite à ce projet. — Un règlement de 11 octobre 1875 autorise l'admission des femmes à l'Université aux mêmes conditions exigées des hommes.

(1) Bizzozero. — *De l'enseignement de la médecine en Italie* (*Archives italiennes de Biologie*, 20 mai 1883).

K. Portugal.

Il existe en Portugal plusieurs grades médicaux. Le grade de bachelier (*bacharel*), inhérent à la réception à l'examen de la fin de la 4e année, celui de bachelier formé (*bacharel formado*), délivré à la suite de l'examen définitif de la 5e année, et donnant le droit d'exercer sur toute l'étendue du territoire portugais, celui de licencié (*licenciado*) (1). Le titre de *docteur* peut être obtenu par les licenciés à la suite de la soutenance d'une thèse dont le sujet est choisi par le candidat. Tous ces titres sont délivrés par la Faculté de Médecine de Coimbre. On trouvera encore en Portugal les titres de chirurgien ou médecin-chirurgien (*cirurgio*) formé par les écoles médico-chirurgicales de Lisbonne et de Porto, et d'officier de santé (*cirurgio ministrante* ou *licenciado minore*) nommé soit par la Faculté, soit par les écoles secondaires de Goa et de Madère. Ces grades divers ne donnent aucun privilège, quant à l'exercice de la médecine, cependant les officiers de santé ne peuvent exercer la médecine que dans la province, la colonie ou le district où ils sont établis.

Le programme des études varie nécessairement selon le grade recherché par l'étudiant. Il faut cinq années au moins, soit à la Faculté, soit dans les écoles, pour obtenir le diplôme de médecin-chirurgien ou de licencié. De même, soit dans les écoles, soit à la Faculté, la thèse est soutenue après ces cinq années. Le cours complet des officiers de santé est de trois ans. L'on ne réclame point de ces derniers ni l'anatomie comparée, ni l'anatomie pathologique, ni l'histologie, ni l'histoire de la médecine, qui font partie des matières enseignées aux licenciés, aux médecins-chirurgiens et aux docteurs

Il y a trois sortes de professeurs. Les titulaires de chaires (*proprietarios*), les suppléants (*substitutos*) et les démonstrateurs (*demonstradores*). Les places sont données au concours. Pour être admis à concourir, il faut être muni de l'un des diplômes indiqués ci-dessus et joindre outre les certificats de bonne vie et mœurs et de libération du service militaire, une attestation constatant que le candidat n'est pas atteint d'une maladie contagieuse. A ces pièces, le candidat peut joindre ses titres scientifiques. Le jury pris parmi les professeurs titulaires, et les deux suppléants, se prononce, au vote secret sur l'admission des candidats au concours. Ces derniers subissent alors les épreuves suivantes : Deux leçons d'une heure chacune sur des questions tirées au sort, quarante-huit heures d'avance, une dissertation imprimée ou thèse, au choix des candidats, sur un sujet de la matière de la chaire vacante, interrogations sur les leçons et la dissertation du candidat, travaux pratiques, selon la matière de la chaire. Le jury classe les candidats par ordre de mérite, le président résume en public les travaux du concours, explique le choix des élus, et le dossier complet des opérations est transmis au Ministère, toutes les réclamations et observations des candidats étant admises et jointes aux pièces. Le gouvernement, sur l'avis du Conseil général de l'instruction publique, approuve le choix fait ou demande un nouveau concours, mais seulement dans le cas d'inobservance des prescriptions légales, les candidats pourront eux-mêmes récuser le vote du jury, pour ce même motif.

L'organisation médicale du Portugal subira prochainement des améliorations dont nous ferons part à nos lecteurs. Plusieurs projets sont à l'étude. On trouvera au surplus des renseignements complets dans les ouvrages suivants : *Exposição succinta da organisão actual da universidade de Coimbra*, par Visconde de Villa-Major, Coimbra, 1878, 1 vol. in-8 de 525 pages ; — *Memoria historica et commemorativa da faculdade de medicina nos cem annos decorridos desde a reforma da universidade em 1772 até o presente*, par serra de Mirabeau, Coimbra, 1872, 1 vol. in-8 de 317 pages ; — *Annuario da universidade de Coimbra*, 1884-85 ; — *Projetos do retatorio e plano de reforma elaborados pela commissão restaurado em conselho da faculdade de medicina para estudar a reorganisação da mesma faculdade*, etc., in-8.

La Faculté de Coimbre possède des laboratoires d'anatomie normale et pathologique, d'histologie et de physiologie, de chimie, etc. Parmi ses professeurs nous citerons : D'Almeida-e Azevedo (tocologie), Serra Mirabeau (physiologie), Pimentel de Mello (médecine légale), Siera Motta (anatomie pathologique).

A Lisbonne, l'hôpital San-José, où se trouve la faculté de médecine est, par le grand nombre de ses malades, un grand centre d'instruction. Les professeurs de clinique choisissent dans les autres services les malades les plus intéressants. Le personnel de l'hôpital, comme du reste dans tout le Portugal, est exclusivement laïque et largement rétribué. Parmi les professeurs, nous citerons les noms de Motta (physiologie), May Figueira (clinique médicale), Barbosa (anatomie pathologique). Les cours se donnent en portugais, mais presque tous les ouvrages admis par la Faculté sont de

(1) Ce titre est délivré aux bacheliers formés ayant obtenu les notes très bien et bien, après discussion publique de cinq sujets tirés au sort trois jours auparavant, et la soutenance d'une thèse manuscrite dont le sujet est désigné par la Faculté trente jours avant la soutenance.

angue française. Nous ignorons si l'admission des femmes est actuellement réglementée, deux seulement ont été jusqu'ici autorisées par arrêté royal à subir l'examen de pharmaciens.

L. Espagne.

Il y a en Espagne dix Universités: celle de Madrid porte le titre d'Université centrale; les autres sont celles de Barcelone, de Grenade, d'Oviedo, de Santiago, de Sarragosse, de Valence et de Valladolid, auxquelles il faut ajouter les Facultés libres de Salamanque et de Séville. Les Universités de Grenade et de Séville possèdent des Ecoles de médecine. Chaque faculté peut apporter quelques modifications de détail au programme de l'enseignement officiel. Les renseignements que nous donnons ci-dessous sur l'une de ces facultés, celle de Valence, permettront à nos lecteurs de juger du niveau scientifique atteint par quelques écoles espagnoles. L'enseignement médical est réglé par la loi d'instruction publique de 1857, avec les modifications apportées par les décrets de 1875 et 1880. Les programmes généraux comprennent : 1er *Groupe.* — Anatomie descriptive, Dissection, Physique et Chimie (à la Faculté des Sciences). — 2e *Groupe* : Anatomie descriptive et générale, 2e cours (Angiologie, Névrologie) Dissection. Physiologie humaine. — Zoologie, Botanique et Minéralogie (à la Faculté des Sciences). — 3e *Groupe :* Pathologie générale et anatomie pathologique. Thérapeutique et matière médicale. — Hygiène. — 4e *Groupe* : Pathologie médicale, Pathologie chirurgicale. Obstétrique et maladies des femmes et des enfants. — 5e *Groupe* : Clinique médicale, Clinique chirurgicale, Anatomie chirurgicale et Médecine opératoire, Clinique des Accouchements et des maladies des femmes et des enfants. — 6e *Groupe* : Clinique médicale, Clinique chirurgicale, Hygiène publique, Médecine légale et Toxicologie. Ces études terminées, l'élève reçoit le titre de licencié qui donne le droit d'exercice dans toute l'Espagne et les Colonies. — 7e *Groupe :* (Doctorat), seulement à la Faculté centrale à Madrid. Histologie normale et pathologique. Histoire philosophique de la Medecine. Analyse chimique. — Le titre de docteur s'obtient à la suite d'un examen et de la soutenance d'une thèse.

Il y a actuellement trois catégories de médecins en Espagne, le docteur, le licencié, et le *practicante*.

Le Doctorat est condition absolue pour le professorat et pour quelques autres fonctions officielles. Le licencié peut exercer la médecine et la chirurgie dans tout le pays; le *practicante* est un ancien médecin reçu en vertu d'anciens règlements abrogés aujourd'hui. Un arrêté royal du 16 mars 1882 interdit aux femmes l'accès de l'enseignement supérieur.

Toutes les charges sont supportées par l'Etat excepté celles des hôpitaux cliniques auxquels l'Etat donne une indemnité, les charges ordinaires étant à la province.

Les Professeurs nommés après ce concours (Catedráticos) reçoivent des émoluments qui varient de 1.500 fr. au début, à 10.000 fr., traitement maximum, selon le temps d'exercice. Les agrégés ont 1750 fr.; les chefs de clinique (Profesores clinicos), 1.500 fr.; les sous-chefs (ayudantes), 1.000 fr.. Les Bibliothèques, laboratoires, etc. disposent de sommes variables assignées inscrites chaque année au budget du matériel scientifique.

L'enseignement clinique se fait dans les hôpitaux départementaux (provinciales), dont le personnel est religieux, sous la direction, soit d'un des conseillers départementaux (Diputado provincial), soit par un médecin nommé par le conseil. A Madrid, la Faculté possède un hôpital clinique indépendant, dirigé par le Doyen de la Faculté et les Professeurs de cliniques.

Le régime des aliénés varie selon les établissements (manicomios). Dans le manicome de Valence on suit le regime mixte. Mais l'enseignement officiel ne comprend pas la clinique mentale.

La Faculté de Valence possède un musée d'anatomie, sous la direction d'un Préparateur-Directeur, qui a sous ses ordres un aide-Préparateur-dissecteur, un sculpteur et un aide-sculpteur et dirige aussi le musée d'Histologie.

Un laboratoire de recherches biologiques, sous la surveillance du professeur de Physiologie et la direction immédiate des sous-chefs ayudantes), qui comprend deux sections : (vivisection et expérimentation; microscopie.)

L'autopsie de tous les cadavres de la clinique est faite par le chef des travaux anatomiques ou son aide, et presque toujours en présence du professeur de clinique. L'examen histologique est pratiqué dans le laboratoire de microscopie. Les pièces pathologiques sont préparées et conservées par le préparateur-directeur du Musée.

Il existe au cimetière, une chambre pour les autopsies des cadavres de la ville et pour les autopsies judiciaires.

La méthode de Lister est en usage à la clinique chirurgicale. A la clinique d'accouchements, les élèves sont appelés à tour de rôle pour les accouchements de jour et de nuit, mais pendant le jour ils peuvent rester par groupes de 5 à 8 dans la chambre des internos. Ceux-ci ont de très modestes émoluments (450 fr.).

M. le professeur Campa a depuis deux ans institué une policlinique pour les maladies des femmes et des enfants; et l'année dernière une clinique des maladies nerveuses.

Nous remercions M. le professeur Campa, doyen de la Faculté de Valence, qui a eu l'obligeance de nous adresser la plupart des renseignements qui précèdent.

M. Grèce.

La Grèce ne possède qu'une seule Université, celle d'Athènes. La Faculté de médecine fondée seulement en 1837 compte environ 500 étudiants en médecine; la durée des études médicales est de quatre ans. Le diplôme de docteur en médecine ne représente qu'un titre scientifique et ne confère pas le droit d'exercice; mais il est indispensable de posséder ce titre pour être admis à passer l'examen de licence, auquel on n'est admis qu'après avoir passé neuf mois à la clinique d'application (sorte de policlinique, nommée à Athènes asticlinique), où les docteurs sont tenus de visiter quiconque se présente. Il est question de créer une seconde université à Larina (Thessalie). Cet établissement étant indépendant des cliniques médicales et chirurgicales de l'hôpital d'Athènes, que les étudiants fréquentent pendant le cours de leurs études.

La Faculté se compose de professeurs ordinaires et extraordinaires et d'agrégés. Pour être agrégé, il faut soutenir une thèse spéciale devant toute la Faculté.

N. Turquie d'Europe.

Il existe à Constantinople un Collège Impérial de médecine, investi du droit de délivrer des diplômes médicaux; il use quelquefois de ce droit, mais il paraît surtout avoir pour mission d'enregistrer les diplômes étrangers que possèdent la plupart des médecins de Constantinople.

O. Russie.

L'empire russe possède huit Facultés de médecine : Moscou, Kazan, Kharcow, Kiew, Varsovie, Dorpat, Kelsingfors et l'Académie médico-chirurgicale militaire de Saint-Pétersbourg. La Faculté de Dorpat doit être classée, au point de vue scientifique, parmi les Facultés de langue allemande.

Le diplôme du médecin s'acquiert après cinq années d'études.

Nous citerons parmi les professeurs les noms de Botkin (clinique médicale), Merzejewscky (psychiatrie) à Saint-Pétersbourg; ceux de Dragendorff (pharmacologie), Vogel (clinique médicale), Emminghaus (psychiatrie) à Dorpat; Kowalewscky (psychiatrie) à Kharcow.

Suivant les règlements nouveaux publiés dans le « *Messeger officiel de Saint-Pétersbourg* », dans les numéros du 27 août et 5 septembre 1885, les médecins des Facultés étrangères, sans distinction de nationalités, qui voudront exercer en Russie, seront désormais obligés de produire « le diplôme de maturité » ou un diplôme équivalent avant de subir deux examens, l'un préliminaire, l'autre définitif. Le premier se compose des épreuves orales sur l'anatomie descriptive, l'histologie avec embryologie, physiologie, physique, chimie, pharmacie et pharmacognosie, zoologie avec anatomie comparée botanique et minéralogie. Le second se divise en cinq parties. Le candidat doit passer cet examen dans le courant de six semaines, et chaque partie de cet examen dans l'espace de deux jours fixés d'avance par la Faculté. Voici en quoi consistent ces parties. *Première partie* : a) anatomie normale et pathologique (*épreuve orale et pratique*), *b*) histologie (*épreuve orale et pratique*), *c*) anatomie topographique et chirurgie opérative (*deux opérations sur un cadavre; épreuve orale sur la topographie des parties opérées*). *Deuxième partie* : *a*) physiologie et pathologie générale (*épreuve orale*), *b*) chimie médicale (*épreuve orale et pratique*), *c*) pharmacologie, art des formules et eaux minérales (*épreuve orale et pratique*), *d*) pharmacie et pharmacognosie (*épreuve orale et pratique*). *Troisième partie* : Pathologie et thérapeutique (*systématique et clinique*) des maladies internes, mentales, des maladies des enfants, cutanées et syphilitiques (*épreuve orale et pratique sur deux malades de la clinique*). *Quatrième partie* : Pathologie et thérapeutique (*systématique et clinique*) des maladies chirurgicales, de l'ophtalmologie, de l'accouchement, des maladies des femmes (*épreuve orale et pratique sur deux malades de la clinique*). *Cinquième partie* : a) hygiène et police médicale (*épreuve orale et pratique*), *b*) médecine légale et toxicologique (*épreuve orale et pratique*), c) épizootologie et police vétérinaire (*épreuve orale*).

Concours des médecins russes. — A partir du 7 janvier 1886, il y aura à Saint-Pétersbourg, pendant cinq jours, un concours des médecins russes. Parmi les questions qui figurent dans son programme nous trouvons entre autres les suivantes : 1° Sur l'organisation des cours répétitoires pour les médecins-praticiens. 2° Sur les modes du concours pour les fonctions médicales dans les hôpitaux. 3° Sur les moyens à diminuer la propagation de la syphilis dans les villes et les campagnes. 4° Sur l'alimentation forcée des phthisiques. 5° Sur le traitement du choléra. 6° Sur le traitement de la diphtérie, 7° Sur

les moyens à mettre les sages-femmes au courant de l'état actuel de la science, dans la matière du traitement des femmes accouchées et des nouveau-nés.

P. Roumanie.

Les diplômes médicaux sont délivrés en Roumanie par les Facultés de médecine de Bucharest et de Jassy,qui comptent un assez grand nombre d'étudiants; les grades qu'elles confèrent donnent le droit d'exercer dans tout le pays. Elles exigent des candidats un certificat d'études préliminaires, un certificat d'études médicales, un examen portant sur toutes les branches des sciences médicales. Les Facultés possèdent plusieurs hôpitaux.

Q. Serbie.

La ville de Belgrade possède une Faculté de médecine et un hôpital pour l'enseignement de la Clinique; la Faculté délivre des diplômes aux candidats qui ont présenté un certificat d'études préliminaires et un certificat d'assiduité à tous les cours de l'école, et qui subissent avec succès un examen portant sur tout l'ensemble des sciences médicales. — La Serbie est, croyons-nous, le seul pays d'Europe où la possession d'un diplôme médical français ou autrichien confère, *ipso facto*, le droit d'exercice. L'exercice de la pharmacie est réglementé: le nombre des officines est limité. Les pharmacies ne peuvent délivrer de médicaments sans ordonnance, ni faire de la réclame dans les journaux en faveur d'un médicament.

R. Mexique.

Les lois qui régissent l'enseignement et l'exercice de la médecine varient suivant que l'on passe de l'un à l'autre des Etats qui constituent la République mexicaine. Les Universités qui possèdent des Facultés de médecine sont celles de Mexico, de Guadalaxara (150 000 h.) de Oaxaca, de Campeachy, Zacatecas, de Puebla (une faculté de l'état et une école libre catholique), de Guanajuato (100.000 hab.) Cette dernière n'est ouverte que du 29 janvier 1883; la durée des études y est de six ans (1).

S. Brésil.

Organisation des Facultés : Le Brésil possède deux Facultés de médecine : celle de Rio de Janeiro et celle Bahia. L'enseignement dans chaque Faculté se compose d'un Cours de sciences médicales auquel sont annexés un cours de pharmacie, un cours d'obstétrique et de gynécologie et un cours d'odontologie.

Les chaires du Cours de médecine sont communes à celles des cours annexes. Ces chaires sont au nombre de vingt-six, pour l'enseignement théorique et clinique; les professeurs peuvent être suppléés par des professeurs-adjoints en nombre égal, analogues aux agrégés en France.

Nous ne croyons pas devoir nous étendre plus longuement cette année sur les Facultés du Brésil ; nous avons, l'année dernière, publié une longue correspondance de M. Poncy sur la Faculté de Rio de Janeiro, nous y renvoyons nos lecteurs (nº 45).

T. Colombie.

Dans la Colombie, il existe également, depuis 1866, une Université qui comprend quatre Ecoles, dont une de médecine. Cette Ecole est desservie par vingt-trois professeurs dont la plupart sont docteurs de la Faculté de Paris.

Le plan d'études est,à peu de chose près, le même qu'à la Faculté de Paris. Ainsi, l'Université de Colombie donne deux titres : *licencié* en médecine, et *docteur-médecin chirurgien*. Les études qu'il faut faire pour avoir le titre de licencié sont les mêmes que la Faculté de Paris exige pour donner le titre d'officier de santé. Pour pouvoir prendre des inscriptions pour le doctorat, il faut, de même qu'à Paris, avoir les deux diplômes de bachelier ès sciences (restreint) et de bachelier ès lettres.

Les études pour le doctorat se font en six années scolaires. L'Ecole dispose d'un laboratoire de chimie et d'une collection d'histoire naturelle assez complète. Les travaux pratiques de dissection, de médecine opératoire et d'anatomie pathologique se font assez bien. Les travaux pratiques d'histologie sont insuffisants.

Quant à l'enseignement clinique, il se fait dans un hôpital qui contient 300 lits pour les services de médecine et chirurgie, 40 lits pour les services d'accouchements et de gynécologie,et 50 lits pour les enfants malades. Il y a un professeur pour chacun de ces services. Le nombre moyen d'élèves qui suivent les cours monte à environ 150. En général, le niveau des études médicales est assez élevé, vu les ressources du pays. On s'accorde à déclarer que l'Université des Etats-Unis de Colombie est une des plus avancées parmi les Universités de l'Amérique du Sud, sauf peut-être celles du Brésil.

(1) Nous avons donné dans le nº du 7 avril 1883, du *Progrès médical*, le programme complet des études de cette Faculté.

U. Chili.

Le Chili ne possède qu'une seule Université, celle de Santiago qui exige des candidats au grade de docteur en médecine (lequel confère le droit d'exercice) un examen préliminaire, et six années d'études, avec examens portant sur toutes les branches de l'art de guérir.

V. Pérou.

L'Université de Lima, qui, seule, délivre des diplômes médicaux, confère le grade de licencié et celui de docteur : ce dernier titre est purement honorifique, et tout licencié peut l'obtenir. La durée des études est de sept ans ; les examens sont au nombre de cinq. Le gouvernement a, l'année dernière, institué une commission chargée de rédiger un projet de réforme de l'enseignement médical.

X. Venezuela.

On y trouve deux Universités, celle de Caracas et celle de Merida. Leurs programmes et leurs règlements sont presque identiques à ceux de l'Université de Lima.

Y. Uruguay.

La Faculté de médecine de la république de l'Uruguay a été fondée en 1876 à Montévideo.

Les chaires, de plus en plus fréquentées, sont données au concours, auquel ont droit de prendre part les docteurs en médecine de tous les pays. Les cours sont divisés de la manière suivante :

1re année (9 mois de cours). — Histoire naturelle, physique et chimie médicales, anatomie descriptive et dissection.

2me année. — Anatomie descriptive et topographique, dissection, physiologie, hygiène, pathologie générale, anatomie pathologique.

3me année. — Pathologie interne et externe, matière médicale et thérapeutique. Cliniques interne et externe.

4me année. — Médecine légale et toxicologie. Cliniques médicale et chirurgicale. Médecine opératoire, appareils et bandages.

5me année. — Accouchements et maladies de femmes. Cliniques médicale et chirurgicale.

Les examens partiels ont lieu à la fin de l'année. Il faut, pour être reçu docteur, passer, en outre, un examen général de toutes les matières qui ont fait l'objet des examens partiels, et soutenir une thèse pour un sujet choisi par le candidat.

Les auteurs, les plus généralement suivis par les élèves, sont les professeurs de la Faculté de Paris.

Le nombre de sujets pour l'anatomie et les opérations est plus que suffisant, car un décret du ministère, met à la disposition de la Faculté les cadavres de tous ceux qui, étant morts à l'hôpital, ne sont pas réclamés, par les parents ou amis, dans les 4 heures qui suivent le décès (1).

W. République Argentine.

La république Argentine possède une Faculté de médecine dont le siège est à Buenos-Ayres. La durée des études y est de six années,à la fin de chacune desquelles l'élève doit subir un examen. Le titre de docteur est délivré après la soutenance d'une thèse (2).

AA. Etats-Unis d'Amérique.

Les écoles médicales sont libres aux États-Unis. Les divers Etats ne prennent nul souci de l'Enseignement supérieur. L'initiative individuelle bâtit des écoles et se charge à elle seule de faire des médecins, des avocats, des ingénieurs, etc. L'Etat n'intervient que pour inscrire, sur les registres officiels, les diplômes qui lui sont présentés. L'Administration ne se refuse jamais à cette formalité ; néanmoins depuis quelques années, certains *conseils de santé* (Boardy of health) se montrent assez sévères pour certains diplômes, obtenus d'une façon un peu trop irrégulière. Les étudiants abandonnés par l'Etat, sont attirés par une foule d'écoles médicales libres ; il y en a au moins une dans chaque ville principale des Etats-Unis. Les plus grandes villes, telles que New-York, Philadelphie, Boston, Chicago, San Francisco, possèdent chacune trois ou quatre écoles, sans parler des écoles *homœpathiques*, des écoles *éclectiques*, des écoles de *femmes*.

Ces écoles sont généralement annexées à un hôpital qui fournit un matériel suffisant pour la clinique. On y enseigne l'anatomie, la physiologie, l'anatomie pathologique, la chimie médicale et une foule de spécialités et de sciences accessoires. Le programme semble donc des plus complets ; mais ce n'est là qu'un mirage, et, en dépit des apparences, l'organisation de ces écoles est encore fort rudimentaire.

Les étudiants américains sont toujours pressés d'acquérir leur brevet ; il n'entendent pas traîner sur les bancs ; ils font le budget exact de leur temps et de leur argent et ils s'adressent à l'Ecole qui ménagera le mieux leurs efforts. Les études durent trois ans ; les épreuves d'admissibilité sont nulles, où elles se réduisent à une sorte

(1) Nous remercions le Dr de Saltorain, secrétaire de cette Faculté, à qui nous sommes redevables de ces renseignements.

(2) Nous manquons de renseignements exacts sur cette faculté.

de certificat de grammaire ; les examens de sortie ne présentent que peu de garantie ; le prix des études est d'environ quinze cents francs pour les trois années régulières. Si on voulait se montrer plus exigeant, les étudiants auraient vite fait d'abandonner des maîtres trop sévères pour se rendre à l'école rivale. Tel est le résultat d'une concurrence excessive et du désintéressement complet de l'Etat ; les écoles libres, obligées de payer leurs dépenses avec les rétributions des élèves, sont obligées pour ainsi dire de rabaisser l'enseignement, et à cette condition elles obtiennent l'inscription d'un nombre suffisant d'étudiants, pour assurer le fonctionnement de l'école.

Nous devons mentionner néanmoins un certain nombre des mesures qui sont de nature à relever les études médicales aux Etats-Unis. D'abord la plupart des Ecoles ont décidé d'ajouter une *quatrième année* au cycle scolaire ; il est vrai que cette quatrième année est facultative et que les étudiants ne s'empressent guère d'en profiter. Mais elle deviendra obligatoire dans certaines écoles, telles que l'école de John Hopkin à Baltimore, qui jouit de revenus considérables, qui compte des professeurs éminents et qui n'a pas besoin de la rétribution des étudiants, pour vivre et prospérer. D'autres réformateurs se sont proposés d'élever le niveau des études médicales en rendant les épreuves d'admissibilité à l'école, plus difficiles ; c'est ainsi que l'on commence à exiger le latin, à l'entrée de l'école, ou bien la connaissance des sciences naturelles. M. Pepper, le médecin bien connu de Philadelphie, a eu l'heureuse idée de combler cette lacune dans les connaissances générales, de la façon suivante. Il a institué des cours de sciences naturelles, d'algèbre, de littérature, et les étudiants qui les fréquentent reçoivent un brevet spécial, dont ils se prévaudront dans leur carrière future. Les professeurs rivalisent de zèle avec les élèves, pour que les trois années passées à l'école soient aussi fructueuses que possible. La journée de l'étudiant est bien réglée et bien remplie ; des répétiteurs nombreux entraînent les élèves et leur rendent la tâche bien facile. Dans certaines écoles, les étudiants trouvent un repas convenable dans l'établissement scolaire lui-même, et l'on s'arrange pour qu'ils soient logés en ville dans des conditions d'économie suffisante. Une fois munis de leur brevet, les nouveaux docteurs ne tournent pas le dos à l'école pour toujours ; ils y reviennent de temps à autre, lorsqu'ils le peuvent, et ils suivent pendant six semaines des cours qui sont organisés spécialement pour eux, et qui ont pour but d'élargir le cadre si restreint de leurs connaissances. Ces cours pour les *post-graduates* sont imités de ce qui se pratique dans les universités d'Allemagne ; ils sont très utiles et nous n'avons qu'un regret, c'est que l'on ne trouve pas de cours analogues en France.

Enfin, il n'est pas un seul médecin américain qui ne rêve un voyage en Europe, pour y voir de près les grands maîtres, les Lister, les Lawson Talt, les Charcot, les Pasteur, les Koch, les Schrœder, les Billroth, et il en est bien peu, parmi eux, qui ne réalise ce rêve tôt ou tard, dans sa carrière médicale. La plupart exécutent ce voyage, dès qu'ils sortent de l'école, et ils viennent en Europe se fixer, pour six mois ou un an, dans une ville universitaire. Nous avons le regret de constater que Paris n'est plus le rendez vous favori de nos confrères d'outre-mer ; c'est à Vienne qu'ils vont pour la plupart ; ils trouvent dans cette ville, une vie facile, un matériel énorme d'enseignement concentré dans un seul établissement, l'hôpital général ; et par-dessus tout ils profitent d'un enseignement très pratique, très-vivant, donné dans les policliniques, dans les dispensaires nombreux, dirigés par des spécialistes éminents.

En résumé l'organisation des études médicales aux Etats-Unis est bien imparfaite et bien rudimentaire ; néanmoins tout n'est pas à dédaigner et à critiquer dans cet ensemble, et nous retiendrons comme digne d'être imitées, certaines pratiques, telles que la distribution si méthodique de la journée de l'étudiant, les répétions hebdomadaires, dirigées par les professeurs suppléants et les cours de six semaines, professés pour les docteurs, désireux d'arrondir leur bagage scientifique.

Les institutions où l'on enseigne la médecine sont extrêmement nombreuses aux Etats-Unis ; il n'est guère d'Etat qui n'en possède au moins une, et la liste que nous avons sous les yeux, et que nous renonçons à reproduire, n'en contient pas moins de 89. Parmi ces établissements, les uns sont des collèges ou des écoles de médecine ; d'autres sont constitués par la section médicale des universités ; l'origine de quelques-unes est fort ancienne : l'Université de Pensylvanie a été fondée en 1768 ; le collège des médecins et chirurgiens de New-York remonte à 1769 ; enfin l'Université de Harward, fondée en 1783, célébrait son centenaire avec un grand éclat il y a tout juste un an (17 octobre 1883). Nous ne pouvons songer à donner des renseignements, même sommaires, sur des universités aussi nombreuses, aussi disparates entre elles, et nous devons nous borner à quelques détails sur les principaux centres d'enseignement médical.

L'Université de Pensylvanie, bien pourvue de laboratoires, délivre le diplôme de docteur en médecine aux candidats qui sont âgés de 21 ans au moins, qui sont de bonne vie et mœurs, qui ont suivi les cours de médecine pendant trois ans au moins, composé une thèse et subi leurs examens avec succès ; elle compte parmi ses professeurs MM. W. Pepper, R. Penrose, Alfred Stillé, Hayes Agnew, W. Goodell, Horatio Wood, John Ashurt jun., L. Duhring, etc.

L'Université de Harvard (Boston), l'une des plus importantes des Etats-Unis, exige depuis deux ans de ses candidats, avant toute immatriculation, un certificat d'études ou un examen préliminaire. La durée réglementaire des études est de trois ans, mais l'Université engage très vivement les étudiants à ne pas consacrer moins de quatre ans à leurs études. Les élèves sont divisés en classes suivant qu'ils sont plus ou moins avancés ; les candidats au diplôme doivent être âgés de 21 ans au moins, avoir étudié la médecine trois ans au moins, et de préférence quatre ans (le cours d'études est divisé en quatre années), avoir passé à l'école au moins une année sans interruption, avoir subi un examen écrit sur toutes les matières prescrites, et avoir présenté une thèse. Cette Université compte parmi ses professeurs MM. Ch. Eliot, Bowditch, Oliver Holmes, H. Bigelow, Cheever, R. Edes, J. Otis, A. Post, J.-J. Putnam, Chadwick, etc. Il faut signaler en outre à Boston le collège des médecins et des chirurgiens.

Le collège des médecins et chirurgiens de New-York également connu sous le nom de Faculté de médecine du collège de Columbia, ne comprend pas moins de dix cliniques, se rapportant à toutes les branches de l'art de guérir ; les cours, au nombre de deux à six par jour, y sont obligatoires ; la durée des études ne peut être inférieure à trois ans, et l'examen final est suivi de la présentation d'une thèse. Ce collège compte parmi ses professeurs MM. Dalton (physiologie), Alonzo Clark (médecine pratique), Gaillard Thomas (gynécologie clinique), Delafield (anatomie pathologique), A. Jacobi (maladies des enfants), F. Otis (clinique des maladies syphilitiques), E. C. Seguin (maladies du système nerveux), Lefferts (laryngoscopie).

L'Université de la ville de New-York possède aussi un personnel enseignant considérable, où figurent les noms de MM. A. Post, A. Loomis, Polk, Winters, etc. Les professeurs de clinique ont à leur disposition les hôpitaux de Bellevue et de la Charité, et les élèves sont admis à suivre ces cours gratuitement ; il y a en outre au collège huit cliniques par semaine et cinq cours par jour, ainsi que des exercices pratiques ; les dissections durent toute l'année et sont gratuites. Les examens de fin d'études sont au nombre de deux ; ils peuvent être subis séparément ou en même temps.

Le collège médical de Bellevue compte parmi ses professeurs MM. Isaac Taylor, Fordyce Barker, Austin Flint, Lewis A. Sayre, Austin Flint jun., J. Bryant, Beverley Robinson, H. Noyes, J. P. Gray, etc. Il faut signaler dans l'état de New-York, la modeste Université du Niagara, dont le siège est à Buffalo, et qui durant l'année scolaire 1883-1884 possédait treize étudiants.

Enfin, c'est ici le lieu de dire quelques mots d'une excellente institution fondée à New-York il n'y a guère plus de deux ans, et dont le plein succès a démontré l'utilité ; nous voulons parler du Post-Graduate medical School and Hospital. Cet établissement ne confère point de grades, et n'admet que des médecins déjà diplômés ; il est destiné à combler les lacunes que l'étudiant peut avoir laissé subsister, durant ses études scolaires, dans son instruction clinique générale ou spéciale ; il a pour but aussi, et ce n'est pas la moins utile des attributions qu'il s'est données, de familiariser les praticiens qui exercent déjà depuis un temps plus ou moins long avec les méthodes et les découvertes nouvelles, inconnues ou mal connues à l'époque de leurs études, et aussi de leur familiariser l'étude de telle ou telle branche spéciale de la médecine vers laquelle ils se seraient trouvés tardivement entraînés par le courant de leur pratique. Cette école dès aujourd'hui florissante est excellemment outillée en vue de l'enseignement qu'elle distribue ; elle compte parmi ses professeurs MM. James Little, William Hammond, F. Sturgis, E. Spitzka, E. Partridge, C. Dana, Ambrose Ranney, Mme Mary Putnam Jacobi, etc.

Le collège médical Jefferson, à Philadelphie, confère le grade de docteur en médecine aux candidats qui produisent un certificat de bonne vie et mœurs, qui sont âgés de 21 ans au moins, qui ont satisfait aux examens prescrits, et qui ont présenté une thèse de médecine composée et écrite par eux-mêmes. Ce collège ne délivre pas de diplômes honorifiques. Dans la liste de ses professeurs figurent les noms de MM. Roberts Bartholow, H. Chapman, J. M. Da Costa, W. H. Pancoast, T. Parvin etc.

La Faculté de médecine de l'Université de la Louisiane dispose, pour son enseignement clinique, de l'hôpital de la Charité, qui contient 700 lits de médecine, de chirurgie et d'accouchements. L'administration de l'hôpital nomme chaque année 12 élèves résidents, qui sont entretenus aux frais de l'établissement ; les vacances qui se produisent sont comblées par la voie du concours. Les candidats aux diplômes doivent être âgés de 21 ans, avoir trois ans d'études, avoir suivi régulièrement les cours pendant deux termes, et avoir subi l'examen d'une manière satisfaisante (1).

(1) Voir encore, pour plus de détails, les correspondances de M. Thaon sur *les écoles médicales des Etats-Unis.* (*Progrès médical*, 1884, n°s 40, 43, etc.)

AB. Canada.

La puissance du Canada (Dominion of Canada) comprend sept provinces, dont quatre ne possèdent pas de corps enseignant la médecine, à savoir : Manitoba, Nouveau Brunswick, Ile du Prince Edouard et la Colombie Anglaise ; la 5e, la Nouvelle Ecosse, population 440,885, capitale Halifax, possède une Faculté de Médecine, le « *Halifax Medical College* » fondé en 1867. L'élève est tenu de suivre six mois de cours pendant trois ans consécutifs. La sixième province d'Ontario, population 1,913,460, nombre de médecins 1,700, possède six Ecoles de médecine, à savoir : La « *Toronto School of Medecine*, de Toronto, affiliée à l'Université de Toronto. Fondée en 1843 ; sessions annuelles de 6 mois. Exige quatre années d'études. — La « *Trinity medical School*, » de Toronto, affiliée à l'Université du collège de la Trinité et à l'Université de Toronto, fondée en 1850. Sessions annuelles de six mois. Exige 4 années d'études. — Le « *Women's medical College* » (Homœopathe) de Toronto, fondée en 1883. Les femmes seules sont admises. — Le *College Royal* des médecins et chirurgiens, le Kingston, fondé en 1854. Sessions annuelles de 6 mois. Exige 3 ou 4 ans d'études ;—Le « *Women's Medical College* » de Kingston. Fondé en 1883, n'admet que les femmes ; — Le *Département Médical* du Western University, fondé en 1882 à London. Sessions de 6 mois. Exige 3 ans d'études.

La Province de Québec, population, 1,358,469, possède cinq facultés de médecine, dont une à Québec et quatre à Montréal. La Faculté de médecine de l'Université Laval à Québec a été fondée en 1852. Sessions annuelles de *neuf mois*, avec examens trimestriels ; elle exige quatre années d'études et n'accorde le titre de docteur en médecine qu'à ceux qui ont obtenu à tous leurs examens une des notes bien ou très bien. La succursale de l'Université Laval à Montréal est soumise aux mêmes règlements que l'Université Laval à Québec. Fondée en 1878.—La Faculté de médecine de l'Université, Mac Gill, à Montréal, fondée en 1824. Session annuelle de six mois, obligatoire ; session d'été, facultative. Exige quatre années d'études. —L'Ecole de médecine et de chirurgie de Montréal, fondée en 1843, affiliée à l'Université Victoria. Sessions de six mois, 4 années de cours.— Le Bishop's Collège de Montréal, fondé en 1870. Session de 6 mois, 4 années d'études.

En outre, chaque province possède son « acte concernant la pratique de la médecine » et dans chaque province tous les médecins réunis forment un corps légalement constitué, connu sous le nom de « collège des médecins et chirurgiens de la Province de... Ce collège élit un bureau de représentants pour l'expédition des affaires. Ces collèges possèdent beaucoup de privilèges. Ce sont eux qui ont charge de faire appliquer la loi médicale, qui règlent la durée des cours dans les Ecoles, définissent les qualifications requises des aspirants à l'étude de la médecine, qui contrôlent les examens dans toutes les facultés de médecine et nul ne peut pratiquer la médecine sans être muni d'une licence du collège de la Province (1).

AC. Japon.

Au point de vue médical, comme à bien d'autres égards, le Japon est beaucoup plus avancé que la Chine; la vieille médecine japonaise perd chaque jour du terrain, et ne comptera bientôt plus un seul adepte. Le Japon possède actuellement deux facultés de médecine, toutes deux à Tokio, et plusieurs écoles secondaires départementales. Il existe en plus une école libre chinoise.

Les deux facultés sont l'école japonaise, où l'enseignement se donne dans la langue du pays, et l'école allemande. Les programmes de ces deux écoles ne diffèrent que par quelques détails, toutefois les examens sont moins sévères dans la première et la durée des études y est plus courte (4 ans). La plupart des places gouvernementales sont réservées aux élèves qui sortent de l'école de langue allemande. Ceux-ci peuvent exercer aussitôt l'obtention de leur diplôme, mais les médecins de l'école japonaise doivent encore subir un examen d'Etat. Nous ne nous occuperons ici que du programme de l'école de langue allemande. Les élèves ne sont admis à la Faculté de médecine proprement dite qu'après avoir suivi quelques années un cours préparatoire où ils étudient le japonais et le chinois, l'allemand, les mathématiques, le latin dans ses rapports avec l'étymologie, l'histoire, la chimie, la physique, la botanique, etc. (les examens annuels sont éliminatoires). Les deux premières années sont consacrées aux sciences physiques et naturelles, à l'étude de l'anatomie, de l'histologie et de la physiologie (cours théoriques et pratiques).

Pendant les trois dernières années, l'étudiant suit les cours de pathologie interne et externe, de matière médicale et de toxicologie, d'anatomie pathologique, les cliniques ophthalmologique, gynécologique, mentale, la policlinique, etc.; il subit des examens semestriels, et à la fin de ses études un examen définitif qui a beaucoup de rapports avec l'examen d'Etat allemand; les épreuves cliniques (médicale, chirurgicale, obstétricale, ophthalmologique) consistent à suivre un malade pendant plusieurs jours sous les yeux du jury, et à en rédiger l'observation, etc.

(1) Nous devons tous les renseignements relatifs aux Universités du Canada à la bienveillance de notre distingué confrère M. le Dr Lamarche, rédacteur en chef de l'*Union médicale du Canada* (B.).

L'hôpital et les bâtiments universitaires sont réunis dans l'enceinte d'une vaste propriété ; les étudiants peuvent y être logés gratuitement sur leur demande. Tokio possède aussi une école de pharmacie.

Il ne s'en faut pas de beaucoup que les études médicales japonaises soient égales à celles de la plupart des écoles d'Europe, et l'on peut, en tout cas, être assuré qu'elles ne tarderont pas à l'être. Nous signalerons à ceux de nos lecteurs qu'intéresse le développement de l'enseignement et de l'étude de la médecine au Japon, le très intéressant article de Ch. Rémy, auquel nous avons emprunté les quelques détails qui précèdent. — (*Revue scientifique*, n° du 6 octobre 1883.)

AD. Chine.

Il existe à Pékin un collège impérial de médecine (115 membres : 15 médecins impériaux, 39 praticiens, 40 docteurs et 30 aspirants) et un Conseil supérieur de santé. L'académie de médecine ferait, selon Pauthier, passer des examens et délivrerait des diplômes, mais elle paraît avoir surtout pour mission de recruter et de former des médecins pour le souverain et son entourage, ainsi que de conserver dans toute leur pureté les dogmes de la médecine chinoise ; le second est chargé de surveiller les praticiens subalternes et de veiller également à ce qu'ils ne s'écartent pas des préceptes doctrinaires. L'anatomie n'est pas enseignée en Chine, aucune dissection ne pouvant être faite ; toutefois, l'introduction dans le collège impérial lui-même de quelques traductions d'ouvrages étrangers d'anatomie et de pathologie, commence à modifier un peu les idées des médecins chinois les plus intelligents. La médecine légale est très en honneur en Chine, mais elle se borne aux constatations extérieures. Les étudiants s'attachent à un praticien célèbre pendant un certain temps avant de pratiquer eux-mêmes. Leur principale étude est celle du pouls; ils emploient aussi les scarifications, les moxas, l'acupuncture, etc. La médecine paraît être entrée dans une période de décadence qui date déjà de quelques mille ans (1).— Au Thibet et en Tartarie, il n'y a aucun enseignement médical ; la médecine est exercée par les prêtres, sans études préalables, et uniquement en vertu de leur caractère sacerdotal.

La Chine possède depuis longtemps des asiles, entre autres des hospices pour les orphelins et les enfants assistés. Les sommes allouées par l'Etat au budget de l'Assistance publique s'élevaient en 1810 à 10 millions.

Le nombre des praticiens est considérable, mais tous, sans exception, sont des empiriques sans instruction : il n'existe aucun hôpital d'enseignement : dans la pratique privée, si la première ou la seconde prescription n'est pas suivie de guérison immédiate, le médecin est remplacé par un autre ; ainsi un malade atteint de pneumonie ou de fièvre typhoïde par exemple, passe entre les mains de 8 à 10 médecins. Les médecins Chinois font de la polypharmacie à outrance. L'auscultation, la thermométrie, etc,, sont absolument inconnues en Chine. Au sujet du pouls, il existe les théories les plus fantastiques; on pense qu'un médecin peut, par l'examen de celui-ci, diagnostiquer la grossesse à toutes ses périodes et dire avec certitude quel est le sexe du fœtus et si la grossesse est simple ou multiple. La chirurgie n'existe pas. Anévrysmes, abcès, arthrites, etc., sont traitées par l'acupuncture. On chauffe l'extrémité libre des aiguilles jusqu'à ce que les cris du malade annoncent au médecin qu'il a atteint la limite extrême de la souffrance (Les Chinois ne connaissent pas l'anesthésie générale) : souvent les médecins étrangers ont l'occasion de hâter des arthrites purulentes causées par cette thérapeutique singulière. La gynécologie est entre les mains des vieilles femmes. En cas de dystocie, elles se succèdent les unes aux autres, tirant sur les parties du fœtus qu'elles peuvent atteindre. Rarement on appelle dans ces cas un médecin: celui-ci, d'ailleurs, ne peut voir la malade, il ordonne des combinaisons variées de drogues à l'intérieur ou à l'extérieur, ou des incantations pratiquées en vue de chasser les mauvais esprits qui s'opposent à la sortie de l'enfant. Les autopsies ne sont jamais pratiquées. Le médecin chinois ne pouvant disséquer, n'a aucune connaissance de la position exacte des organes internes. Il sait comme le vulgaire, parce qu'il voit chez les bouchers, que les animaux ont un cœur, une rate, etc. (2).

(1) Consulter G. Pauthier: *La médecine, la chirurgie et les établissements d'assistance publique en Chine* ; Paris, 1860; — Milne: *La vie réelle en Chine*. Paris. 1858; — Dabry: *La médecine chez les Chinois*, in-8, Paris, 1863 ; — Lepage, *Recherches sur la médecine des Chinois*. Paris, 1813 ; Dr Meyners d'Estrey : *L'art medical en Chine*, etc. Voir aussi *le choléra d'après la médecine chinoise*, — *la médecine en Chine*, par Tch...-k.-T... (*Progrès médical*, n° 37, 12 septembre 1885, p. 205 et 206).

(2) Nous devons ces derniers renseignements à l'obligeance de M. Jamieson, médecin sanitaire anglais à Sanghaï.

AVIS AUX ÉTUDIANTS. — *Pour MM. les Étudiants, l'abonnement au* **Progrès médical** *est de* **douze francs** *par an.*

Le numéro des étudiants. — Malgré nos efforts pour arriver à faire ce numéro aussi exact que possible, nous ne nous faisons pas d'illusion sur les omissions et sur les erreurs involontaires que nous avons pu commettre. Aussi, faisons-nous appel à l'indulgence de nos lecteurs d'une part, et d'autre part à leur obligeance pour nous aider à combler les omissions, à réparer les erreurs.

Chronique des hôpitaux.

Nous recommencerons la *Chronique des hôpitaux,* dans le prochain numéro. Les renseignements donnés par cette chronique, les observations de la *Société anatomique,* que le *Progrès médical* publie *in extenso,* fournissent aux étudiants tous les éléments nécessaires pour faire de bonnes THÈSES DE DOCTORAT.

Faculté de médecine. (*Derniers renseignements.*)

Cours autorisés pour le 1er semestre de l'année scolaire 1885-1886, par arrêté ministériel en date du 21 juillet 1885.

Cours élémentaire d'accouchements. — M. le Dr BONNAIRE. Lundi et vendredi, à 4 heures (Amphithéâtre n° 3).— Ouverture du cours le vendredi 25 novembre.

Pathologie interne. — M. le Dr CUFFER.

Maladies de l'urèthre et de la prostate, — M. le Dr DESNOS, Mardi et vendredi, à 5 heures (Amphithéâtre n° 2). — Ouverture du cours, le vendredi 30 novembre.

Pathologie et chirurgie de l'appareil urinaire.— M. le Dr DUBUC. Lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures (Amphithéâtre n° 3). — Ouverture du cours, le lundi 16 novembre.

Eaux minérales et traitement des maladies chroniques. — M. le Dr DURAND-FARDEL. Mardi, jeudi, samedi, à 5 heures (Amphithéâtre n° 3).

Anatomie des régions. — M. le Dr FORT. Mardi, jeudi, samedi; à 8 heures du soir (Amphithéâtre n° 3). — Ouverture du cours, le mardi 10 novembre.

Ophtalmologie ; Médecine opératoire ; Exercices pratiques. — M. le Dr GILLET DE GRANDMONT. Lundi, vendredi, à 8 heures du soir (Amphithéâtre n° 3). — Ouverture du cours, le lundi 16 novembre.

Maladies de la vessie. — M. le Dr GUIARD. Lundi, vendredi, à 5 heures (Amphithéâtre n° 1). — Ouverture du cours, le lundi 23 novembre.

Chirurgie oculaire. Cours pratique. — M. le Dr LANDOLT. Mardi, à 2 heures (Amphithéâtre n° 3). — Ouverture du cours, le mardi 1er décembre.

Anatomie et dissection. — M. le Dr LE NOIR. Tous les jours à 1 heure (Pavillon n° VIII, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine). — Ouverture du cours, le mercredi 4 novembre.

Pathologie externe. — M. le Dr MARCHANT. Mardi, à 8 heures du soir (Amphithéâtre n° 2). — Ouverture du cours, le mardi 24 novembre.

Maladies de l'appareil urinaire. — M. le Dr PICARD. Mardi et samedi, à 5 heures (Amphithéatre n° 1). — Ouverture du cours, le mardi 17 novembre.

Pathologie interne. — Hernies abdominales. — M. le Dr PICQUÉ. Mercredi à 8 h. du soir (Amphithéâtre n° 2). — Ouverture du cours, le mercredi 25 novembre.

Cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie. — M. le Profr LABOULBÈNE commencera le cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie le jeudi 12 novembre 1885, à 4 h. (petit amphithéâtre), et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants à la même heure.

Cours d'anatomie pathologique. — M. le Profr CORNIL commencera le cours d'anatomie pathologique le mercredi 11 novembre 1885, à 5 h. de l'après-midi, à la Faculté (grand amphithéâtre), et le continuera les vendredis et mercredis suivants à la même heure (à la Faculté), les lundis à l'Ecole pratique (rue Vauquelin), à 1 h. 1/2 dans la salle des travaux pratiques d'anatomie pathologique. — M. le Profr CORNIL fait des autopsies tous les jours (amphithéâtre Bichat, à l'Hôtel-Dieu). — (Voir page 355, *Cours*).

Cours d'opérations et appareils. — M. le Profr DUPLAY commencera son cours d'opérations et appareils le mardi 10 novembre 1885, à 4 h. de l'après-midi et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure.

Cours complémentaire de physiologie. — M. le Dr REYNIER, agrégé, commencera le cours complémentaire de physiologie le lundi 9 novembre 1885, à 5 h. (petit amphithéâtre), et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure.

Clinique chirurgicale. Hôpital Necker. — M. le professeur LEFORT commencera son Cours de Clinique chirurgicale le mardi 10 novembre 1885, à 10 heures du matin et le continuera les jeudis et mardis suivants à la même heure.

Clinique médicale. Hôpital de la Pitié. — M. le professeur JACCOUD reprendra son Cours de clinique médicale, le mardi 10 novembre 1885, à 9 heures et demie du matin, et le continuera les samedis et mardis suivants à la même heure. — Visite des malades tous les jours, à 9 heures du matin.

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 9. — 1er *de Doctorat*: MM. Bourgoin, Lutz, Guebhard. — 4e *de Doctorat* : MM. Potain, Hayem, Rendu. — 5e *de Doctorat.* 1re partie (Charité). 1re *Série* : MM. Guyon, Tarnier, Segond ; — 2e *Série* : MM. Trélat, Lannelongue, Pinard.

MARDI 10. — 2e *de Doctorat.* 1re partie : MM. Sappey, Ball, Humbert. — 5e *de Doctorat.* 1re partie (Charité) : MM. Pajot, Le Fort, Campenon. — 5e *de Doctorat.* 2e partie (Charité) : MM. Hardy, Cornil, Quinquaud.

MERCREDI 11. — Médec. opér. (Epreuve pratique) : MM. Trélat, Guyon, Reclus. — 1er *de Doctorat.* MM: Regnauld, Gariel, Fouchet. — 2e *de Doctorat.* 2e partie : MM. Béclard, Damaschino, Ch. Richet.

JEUDI 12. — 3e *de Doctorat.* 2e partie : MM. Peter, Proust, Debove.

VENDREDI 13. — 1er *de Doctorat.* 2e *Série* : MM. Lutz, Desplats, Blanchard. — 5e *de Doctorat,* 1re partie (Charité) 1re *Série* : MM. Charcot, Tarnier, Kirmisson. — 2e *Série* : MM. Fournier, Lannelongue, Budin.

SAMEDI 14. — 2e *de Doctorat,* oral, 1re partie : MM. Panas, Cornil, Bouilly. — 5e *de Doctorat.* 1re partie (Hôtel-Dieu) : MM. Richet, Duplay, Ribemont-Dessaignes.

Thèses soutenues à la Faculté de Médecine.

Mardi 10. — M. Doublet. Du Maté. — M. Margerite. Etude sur les troubles sensitifs dans la turberculose aiguë. — M. Bettremieux. Etude sur l'extraction de la cataracte. — *Jeudi* 12. — M. Darbouet. De l'adénopathie rétro-pharyngienne d'origine syphilitique. — M. Mordagne. Relation de deux épidémies de choléra observées en 1885 à Lacassaigne et à Coustanly (Aude). — *Vendredi* 13. — M. Moreau. Des diverses modalités cliniques de la grippe. — M. Fernagut. Essai sur l'action de l'antipyrine dans la fièvre typhoïde.

NÉCROLOGIE

Mort de M. Notta, interne des hôpitaux.

Le corps de l'internat vient de faire une nouvelle perte en la personne d'un de ses membres les plus sympathiques et les plus zélés, Maurice NOTTA, décédé le 30 octobre 1885, à l'âge de 27 ans. Reçu interne en 1882, préparateur du cours d'anatomie à l'amphithéâtre des hôpitaux, membre de la Société clinique, etc., il collaborait activement, malgré une santé chancelante, à divers journaux : l'*Union médicale*, la *Gazette médicale de Paris,* les *Archives de médecine,* où il publia des revues sur divers sujets. Son enterrement a eu lieu au milieu d'un grand concours d'internes et de médecins. Le professeur Tillaux a prononcé le discours suivant :

« Mon cher Maurice. C'est donc toi qui reposes dans ce cercueil, toi pour lequel j'avais tant d'affection! Je ne puis cependant te laisser partir sans te dire un dernier adieu, sans rappeler aux nombreux amis qui t'entourent ce que tu as été pendant ta trop courte existence. Je le connaissais depuis bien longtemps, ce cher jeune homme. Dès son arrivée à Paris, il était entré dans mon laboratoire et ne l'avait plus quitté, il était devenu préparateur de mon cours d'anatomie et je devais l'avoir comme interne dans mon service en 1886. Je me faisais une véritable joie de l'avoir constamment à mes côtés pendant toute une année. Hélas! tout est fini ! Si vous saviez combien il était bon, affectueux, dévoué à ses amis et à ses maîtres ! Si vous saviez comme il aimait la science, comme il était laborieux. Il tenait à honneur de porter dignement un nom si universellement aimé et estimé. Son courage et son énergie étaient vraiment extraordinaires : la veille de sa mort, il corrigeait encore avec une lucidité d'esprit parfaite les épreuves d'un travail dont il ne verra pas, hélas ! la publication. Cet été, je l'ai surpris à Clamart, vomissant le sang, et il fallut employer presque la violence pour l'arracher a son service et l'obliger au repos.

« Messieurs, ce jeune homme était fils unique ! Que vont devenir

ses pauvres parents, les meilleurs que je connaisse! Je n'ose y penser, qu'ils sont donc malheureux!

« Mon cher Monsieur Notta, mon très cher ami, que les nombreux témoignages d'estime et d'affection dont votre fils est entouré à sa dernière heure soient au moins pour vous une suprême consolation. »

Son collègue Perrin (de Saint-Louis) a ensuite prononcé quelques paroles d'adieu au nom du corps de l'internat.

NOUVELLES

Faculté des sciences de Besançon. — M. Molk, docteur ès-sciences, maître de conférences à la Faculté des sciences de Rennes, est chargé du cours de mécanique rationnelle et appliquée à la Faculté des sciences de Besançon, en remplacement de M. Kœnings, appelé à d'autres fonctions.

Faculté des sciences de Lille. — M. Hallez docteur ès sciences, est nommé, pour l'année scolaire 1885-1886, maître de conférences de zoologie, à la Faculté des sciences de Lille.

Faculté des sciences de Lyon. — M. Gouy, docteur ès sciences, est chargé du cours de physique à la Faculté des sciences de Lyon, en remplacement de M. Violle, appelé à d'autres fonctions.

Faculté des sciences de Lyon. — M. Autonne, docteur ès-sciences, est chargé, pour l'année scolaire 1885-1886, de deux conférences de mathématiques par semaine à la Faculté des sciences de Lyon, en remplacement de M. Blutel, non acceptant.

Faculté des sciences de Marseille. — M. Macé de Lépinay, docteur ès sciences, maître de conférences de physique à la Faculté des sciences de Marseille, est chargé du cours de physique à ladite Faculté, en remplacement de M. Hugueny, nommé professeur honoraire.

Faculté des sciences de Montpellier. — M. Demartres, docteur ès sciences, professeur au Lycée de Douai, est chargé du cours de mécanique rationnelle à la Faculté des sciences de Montpellier, en remplacement de M. Sauvage, appelé à d'autres fonctions.

Faculté des sciences de Paris. — M. Bouty, docteur ès-sciences, est nommé professeur de physique à la Faculté des sciences de Paris.

Faculté des sciences de Poitiers. — M. Meslin, professeur-agrégé au lycée de Poitiers, est chargé en outre, pour l'année scolaire 1885-1886, d'un cours complémentaire de physique (deux leçons par semaine) à la Faculté des sciences de cette ville, en remplacement de M. Tissier, appelé à d'autres fonctions.

Universités étrangères. — Le Dr Ewald, privat docent de physiologie à Strasbourg, est appelé comme professeur de physiologie à la faculté de médecine de Santiago (Chili). — Le Dr Löwit, privat docent et assistant à l'institut pathologique de la faculté allemande de Prague, est appelé comme professeur d'anatomie pathologique à Santiago (Chili). — Les privat docent A. V. Reuss (ophthalmologie), L. Oser (médecine), et Urbantschitsch (otologie), sont nommés professeurs extraordinaires, à la faculté de médecine de Vienne. — Le Dr Helferich, professeur extraordinaire de chirurgie à Munich, a reçu un appel pour Greifswald. — Le corps des professeurs a proposé à l'approbation du ministre de l'instruction publique, la nomination du privat docent Weishselbaum, comme professeur extraordinaire d'histologie pathologique, à la faculté de Vienne. — Le Dr Cybulsky, prosecteur à la faculté de Saint-Pétersbourg, a été nommé professeur ordinaire de physiologie à la faculté de Cracovie. — Le Dr Penzoldt, professeur extraordinaire de médecine à la faculte d'Erlangen, a été chargé provisoirement de la direction de la clinique médicale laissée vacante par suite de la nomination de M. Leube à Wurzburg. — Le Dr Kobert, privat docent et assistant de l'institut pharmacologique de Strasbourg, a été appelé comme professeur de pharmacologie à la faculté de Dorpat.

Mission scientifique. — M. Eugène Aubert, pharmacien de 1re classe, membre de la Société de géographie de Marseille et de la Société de géographie commerciale de Paris, est chargé d'une mission scientifique dans le bassin de l'Amazone.

Faculté de médecine de Paris. — Par arrêté en date du 31 octobre, la chaire d'histologie est déclarée vacante. Un délai de vingt jours est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

Services d'accouchements des hôpitaux de Paris. — La nomination du Dr Doléris, comme accoucheur du Bureau central, a donné lieu, le 1er novembre 1885, aux mutations suivantes: le Dr Maygrier passe de l'hôpital Tenon à la Pitié (service de création nouvelle); le Dr Bar, passe du Bureau central à l'hôpital Tenon.

Service médical de nuit. — Depuis le 1er de ce mois, les médecins qui ont adhéré au service médical de nuit sont réquisitionnés à tour de rôle, et par lettre alphabétique, toutes les fois qu'ils sont appelés par le poste de police à faire une visite de nuit.

Bourses de doctorat en médecine. — L'épreuve orale a eu lieu mercredi et jeudi devant MM. Regnault, Verneuil, Baillon, Sappey, Fournier et Grancher; — Candidats à *seize* inscriptions: *Signes de la coxalgie;* candidats à *douze* inscriptions: *Ovulation;* à *huit: Atlas;* candidats à *quatre*: *Hémiptères intéressant la médecine.*

Concours de l'internat. — La première épreuve orale (série des volontaires) a eu lieu jeudi. Question posée: *Vaisseaux sanguins de l'estomac, symptômes de l'ulcère simple de l'estomac.*

Hôpitaux de Marseille. — Le 4 janvier 1886, aura lieu un concours pour une place de médecin-adjoint.

Bibliothèque des Enfants Assistés. — Cette bibliothèque fondée l'année dernière possède actuellement environ 80 volumes. Elle a reçu à titre de premier don du Conseil municipal une somme qui a permis l'achat du *Dictionnaire de Jaccoud.* Il y a lieu d'espérer qu'une subvention annuelle figurera dès cette année sur le budget affecté aux bibliothèques médicales des hôpitaux. Un certain nombre d'ouvrages reçus sont dus à la libéralité de leurs auteurs. Enfin les internes de l'hôpital versent une cotisation mensuelle de 2 fr. qui a permis l'acquisition de quelques ouvrages spéciaux aux maladies de l'enfance.

Ecoles municipales. — Mlle Ribard, docteur en médecine (Paris), est chargée de faire un rapport sur l'hygiène de la vue dans les écoles de la ville de Paris.

Monument a Daviel. — Le 8 octobre a eu lieu au Grand-Saconnex, l'inauguration du monument de l'illustre ophtalmologiste, Jacques Daviel, né à la Barre (France), en 1696, mort à Genève en 1762.

Nécrologie. — Dr Rueff, ancien directeur de l'école vétérinaire de Stuttgard; — M. Chandelow, chimiste, professeur honoraire à l'université de Liège. — Le Dr Gressot (de Sennecy-le-Grand). — Le Dr Maloizel, médecin en chef honoraire de l'hôpital de Fontainebleau. — Le Dr Escot (de Nérac). — Le Dr Olive, maire de Nogent-sur-Seine.

Le Rédacteur-Gérant: Bourneville.

PARIS. — IMP. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71.

13e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. II. N° 46. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 14 NOVEMBRE 1885.

Le Progrès Médical

OPHTHALMOLOGIE

Traitement chirurgical de la cataracte ;

Par le Dr GALEZOWSKI.
Leçon recueillie par le Dr BOUCHER.

Messieurs,

La cataracte, constituant un écran qui arrête les rayons lumineux dans leur marche vers la rétine, il faut, pour rétablir la vision, faire disparaître cet obstacle. On peut y arriver par plusieurs moyens : en faisant résorber la cataracte, en l'abaissant ou la luxant et en l'enlevant par extraction.

Par la discision on ouvre la capsule du cristallin et en mettant les fibres de l'organe au contact de l'humeur aqueuse, on amène leur imbibition, leur ramollissement et finalement leur disparition. C'est une méthode exceptionnelle qui n'est applicable qu'aux enfants. Elle est très facile à exécuter. Je n'y insisterai pas davantage pour le moment.

L'abaissement, qui fut longtemps la seule méthode en usage, était peut-être déjà connu d'Hippocrate ; dans tous les cas Gallien s'en servait. Facile à pratiquer, elle a des inconvénients nombreux dus au cristallin luxé qui devient corps étranger. Elle entraîne des accidents consécutifs aboutissant généralement à la perte définitive de l'œil. Elle est tombée dans l'oubli depuis les travaux de Graefe et de Bowmann.

La méthode de l'extraction est la plus généralement adoptée et elle mérite toute notre attention.

Bien qu'il existe encore des doutes sur son origine et qu'on puisse discuter sur la date où elle fut employée pour la première fois, certains documents, à défaut de description précise peuvent nous permettre de supposer que les anciens la connaissaient.

Dans Pline nous trouvons la phrase suivante : « Squammam in oculis movendam potius quam extrahendam » dont on peut conclure que l'opération se pratiquait quelquefois, quoique d'une façon exceptionnelle de ce que les anciens appelaient : *squammam*.

Dans les fouilles de Pompéi on a trouvé des instruments qui ressemblent assez à ceux dont nous nous servons pour extraire la cataracte et qui probablement étaient employés au même usage.

Après la période romaine, pendant le moyen âge, la médecine subit l'éclipse de toutes les sciences et la tradition s'interrompt jusqu'aux Arabes. Razès, Avicenne, Avenzor, parlent de nouveau de l'extraction de la cataracte, sans donner leur procédé opératoire ; mais tous insistent sur le danger qu'il y a à extraire la cataracte à cause de la sortie du corps vitré. L'extraction existait donc dans la pratique, mais aboutissait le plus souvent à des revers ; aussi était-elle à peu près délaissée.

Il faut arriver au XVIIe siècle pour trouver des documents précis. Gosky et Albinus décrivent l'un et l'autre l'extraction dans leurs ouvrages et donnent le dessin d'instruments destinés à retirer le cristallin, en forme de crochets analogues à ceux des dentistes.

Le premier fait d'extraction authentique appartient à Saint-Yves qui pratiqua en 1707 l'opération devant Méry et Daviel. A ce moment l'abaissement, méthode préconisée par A. Paré, était dans toute sa vogue. On avait donc souvent occasion de voir le cristallin luxé remonter derrière la pupille ou même tomber dans la chambre antérieure. C'est précisément dans un cas de ce genre et pour remédier aux douleurs violentes dont un malade souffrait depuis trois mois, que Saint-Yves fendit la cornée et retira le cristallin de la chambre antérieure, à la grande stupéfaction des assistants qui pensaient que l'œil se viderait nécessairement.

Saint-Yves n'alla pas plus loin et n'eut pas l'idée de tirer de son opération une méthode générale. Cette gloire était réservée à Daviel. En 1752 il communiqua à l'Académie des sciences un mémoire dans lequel il relatait les résultats de 206 extractions suivies de 182 succès.

Bien que discutée et contestée dans le principe, comme toute nouveauté, l'opération de Daviel ne tarda pas à prendre droit de cité dans la science. Lefaille, quelques mois plus tard, lut à l'Académie de chirurgie un travail sur les perfectionnements à apporter à la nouvelle méthode et faisait adopter des modifications utiles.

Daviel plaçait son opéré assis sur une chaise ; lui-même était assis devant le malade sur un siège un peu plus élevé. Un aide placé derrière le patient relevait les paupières avec les doigts. Il pratiquait ensuite au moyen d'un couteau triangulaire une ponction et une contre-ponction dans la cornée, à quelque distance de la sclérotique et taillait un lambeau inférieur. Puis, laissant l'iris intact, il introduisait à travers la plaie, dans la pupille, une lance en fer, qui n'était qu'une aiguille à cataracte pour ouvrir la capsule du cristallin. Il terminait en faisant sortir la cataracte par des pressions convenables. Il inventa aussi la curette qui porte son nom, pour presser sur une des lèvres de la plaie et faciliter l'engagement du cristallin ou bien pour aller chercher, si besoin en était, la lentille dans l'œil même. Dans certains cas où la section avait été insuffisante, il se servait pour élargir la plaie de couteaux boutonnés et de ciseaux courbes.

Dès le début Daviel avait fixé les trois temps de l'opération de l'extraction auxquels nous n'avons rien changé : Incision de la cornée, ouverture de la capsule cristallinienne, sortie du cristallin.

Des modifications importantes furent apportées au Manuel opératoire dans le dernier quart de siècle et notamment par Desmarres, Jacobson et à la méthode elle-même par de Graeffe.

Desmarres qui, comme Daviel, opérait les malades assis, avait été frappé des accidents qui résultaient de leur agitation, de leurs contractions musculaires : c'étaient notamment, sortie trop rapide du cristallin, issue du corps vitré, etc., etc. Il divisa, pour y remédier, le premier temps de l'opération en deux parties : il faisait d'abord la ponction et la contre-ponction avec le couteau triangulaire ordinaire, commençait le lambeau, mais ne l'achevait pas, conservant un petit point à la partie inférieure de la cornée. Il ouvrait ensuite la capsule

avec un instrument spécial, consistant en un couteau terminé par un kystitome. Après avoir incisé la cristalloïde, il tournait la partie tranchante vers la portion de cornée conservée et achevait la section en taillant un petit lambeau conjonctival qui devait faciliter la réunion.

Cette méthode à grand lambeau avait des inconvénients. La limite du cristallin en place dans l'œil correspond à peu près à celle de la cornée transparente. Le lambeau étant taillé tout dans la cornée, sa base a une étendue moindre que le grand diamètre du cristallin. Il en résulte que pour obtenir un espace suffisant pour la sortie de la lentille, on est obligé de donner une très grande dimension à l'incision. On est alors exposé à une sortie brusque avec issue du corps vitré. Mais surtout la cicatrisation est difficile. Le lambeau très long est flottant et mal coapté ; les mouvements et les efforts musculaires le déplacent avec la plus grande facilité. Aussi les accidents de suppuration étaient-ils fréquents, d'autant plus que la nutrition du lambeau était très difficile, étant privé de ses connexions normales sur une si grande étendue.

La modification qui consistait à garder au sommet du lambeau un peu de conjonctive ne produisit pas de bons résultats ; au contraire, cette languette muqueuse, sans soutien, s'enroulait sur elle-même et devenait une cause d'irritation et de suppuration.

Jacobson transporta la plaie à la limite scléroticale de la cornée. Il put donc reporter sa ponction et sa contre-ponction à deux millimètres au-dessus du grand diamètre horizontal de la cornée ; la base de son lambeau égalait encore sensiblement le grand diamètre du cristallin. En réduisant ainsi la hauteur, il obtenait un lambeau plus facile à coapter ; mais son opération dans ses parties essentielles différait de celle de Daviel, par l'iridectomie qu'il pratiquait immédiatement après la section.

De Græfe, partant de ce fait clinique que la méthode linéaire employée exceptionnellement pour les cataractes molles seulement n'amenait jamais d'accidents, cherche à remplacer dans tous les cas le grand lambeau par la plaie linéaire. Utilisant la disposition anatomique de la chambre antérieure, il reporta son point de ponction et de contre-ponction sur la sclérotique, juste en avant de l'iris. Il gagnait ainsi l'espace nécessaire pour obtenir une ouverture égale au diamètre du cristallin, sans faire pour ainsi dire de lambeau. Mais il plaçait toute son incision dans le bord sclérotical un peu au delà de la limite de la cornée transparente. Il se servit pour cela d'un couteau spécial, bistouri allongé, qui est encore un des instruments les plus précieux que nous ayons.

En réalisant le progrès qu'il cherchait au point de vue du lambeau, de Græfe avait dû faire sa plaie la plus périphérique possible ; aussi l'iris s'y engageait-il. De plus le cristallin, en cherchant à sortir par l'incision, venait presser directement sur les insertions de l'iris, se coiffait de cette membrane et ne pouvait s'engager. Cette nécessité de faire brèche dans cet obstacle et celle d'obvier au prolapsus irien imposè est comme complément de cette méthode, l'iridectomie qui en devint un temps essentiel.

La distinction entre la méthode française de Daviel et la méthode allemande de Græfe est donc bien nette. Dans l'une, grand lambeau et pas d'iridectomie ; dans l'autre, incision se rapprochant de la linéaire et iridectomie.

Lorsque le cristallin est dur, ou très épais, une plaie égale à son grand diamètre ne suffit pas à son extraction, parce que l'entrebaillement des lèvres se fait aux dépens de la longueur. Il se présente alors des difficultés d'extraction pour lesquels de Græfe avait inventé un crochet destiné à attirer le cristallin. Souvent, dans cette opération, le cristallin ne s'engageant pas facilement, les pressions exercées arrivaient à déchirer la zonule de Zinn. Le corps vitré sortait alors et il fallait péniblement retirer la cataracte avec la curette. De Græfe avoue cette accident 7 fois sur 100 et d'autres opérateurs 14 0/0.

L'opération de Græfe fut admise partout et règne en maître jusqu'à nos jours. Peu à peu les statistiques viennent corriger l'engouement qu'on a eu pour cette méthode. Si les phlegmons, les mortifications de lambeaux sont moins fréquents, par contre l'irido-cyclite, malgré l'iridectomie, l'est davantage. Quelquefois même on put observer des opthalmies sympathiques.

L'iridectomie est une mutilation de l'œil qui n'est pas sans importance. Ses inconvénients au point de vue optique sont nombreux. Elle entraîne l'éblouissement et la gêne de la vision ; d'une part parce que par la brèche irienne trop de lumière pénètre dans l'œil, et d'autre part parce que le sphincter étant coupé ne peut plus se contracter ou se relâcher pour faire le dosage physiologique de l'éclairage à fournir à la rétine. Ajoutons que l'aspect d'un œil ainsi opéré choque toujours un peu par la difformité qu'il présente.

Les partisans de l'iridectomie voient dans cette opération un moyen préventif contre ces inflammations de l'iris et pensent ainsi prendre d'avance leurs précautions contre la cyclite et l'irido-cyclite. L'expérience m'a prouvé qu'il n'en était rien. Les inflammations iriennes sont fréquentes et constituent la vraie pierre d'achoppement de la méthode allemande. La plaie périphérique facilite les enclavements, la brèche irienne permet souvent aux débris capsulaires de se glisser entre les lèvres de la plaie et la cicatrice irienne qui se produit forcément sur les deux lèvres de la section, souvent doublée d'exsudats inflammatoires, vient tirailler le cercle ciliaire. Et, cela est si vrai, que dans toutes les expériences de cataractes avec iridectomie, le centre de la pupille est presque toujours déplacé par rétraction cicatricielle.

En 1882, pour éviter ces inconvénients, je suis revenu aux principes de la méthode opératoire française, en y introduisant des modifications qui la rendent plus facilement applicable. Cette modification consistait en une incision tout entière pratiquée dans la cornée, et en suppression de l'excision de l'iris. J'ai communiqué à cette époque un Mémoire à la Société de chirurgie, dans lequel je relatais 50 cas, dans lesquels cette opération m'avait donné les résultats les plus satisfaisants.

Je fais ma ponction et ma contre-ponction dans le limbe scléro-cornéen à la jonction du 1/3 supérieur et des 2/3 inférieurs de la cornée. J'obtiens ainsi une base de lambeau de longueur suffisante pour la sortie du cristallin. Puis je taille un lambeau semi-elliptique dont le sommet est à deux millimètres du rebord cornéen supérieur. Le lambeau ainsi obtenu est assez petit pour ne pas flotter et pour se prêter à une coaptation exacte, tout en laissant une bonne ouverture pour la sortie du cristallin. Puis je fais sortir le cristallin *sans iridectomie* sauf dans certains cas exceptionnels que je vous indiquerai en vous parlant des difficultés de l'opération.

Voici du reste la description exacte de mon procédé

que vous me voyez employer d'une façon suivie à ma clinique depuis trois ans. Plus de 650 opérations ont été pratiquées par ce procédé avec d'excellents résultats.

Le bléphacostal étant placé et l'œil fixé, nous faisons la ponction ; puis relevant le manche du couteau, nous dirigeons le tranchant vers la capsule du cristallin que nous incisons largement de haut en bas d'abord, puis transversalement. Puis nous faisons la contreponction. Le tranchant du couteau est alors dirigé d'abord en haut, puis incliné un peu en avant pour tailler le lambeau tout entier dans la cornée transparente.

A ce moment, nous retirons le fixateur et le bléphacostal et nous donnons un instant de répit au malade.

Puis, engageant le patient à regarder en bas, nous entr'ouvrons les paupières avec les doigts. Le pouce de la main gauche abaisse la paupière inférieure ; quant à la supérieure, nous la relevons avec l'annulaire de la main droite enduite de blanc d'Espagne pour ne pas qu'il glisse et en ayant soin de prendre notre point d'appui non sur le globe, mais sur le rebord orbitaire supérieur. Les trois premiers doigts de la main restent libres pour le maniement de la curette, des pinces, etc.

La plaie tend déjà à s'entrebailler. Nous déterminons la sortie du cristallin en pressant légèrement le globe avec le pouce de la main gauche à travers la paupière inférieure et en déprimant la lèvre supérieure de la plaie avec la curette de Daviel. A ce moment, il faut se montrer très attentif. Il faut graduer la pression ou la diminuer de façon à avoir une sortie lente du cristallin. Il faut même, à la fin, tâcher de retenir et de ralentir sa marche. Lorsque le cristallin sort, nous continuons, si le malade est tranquille, à exercer de légères pressions pour entraîner les masses corticales qui viennent à la suite du noyau ; s'il est agité et s'il contracte trop les paupières, nous n'avons qu'à relâcher les doigts fixateurs pour obtenir l'occlusion instantanée des paupières.

L'iris, à la suite de ce temps de l'opération, est souvent entre les lèvres de la plaie. A l'aide d'un petit stylet en argent, porté sur lui par son plat, nous le refoulons. L'expérience nous a montré que ces attouchements sont inoffensifs et qu'il n'en résulte aucun inconvénient. L'iris réduit, nous retirons les masses corticales qui peuvent rester en les cherchant délicatement avec la curette. Le même instrument nous sert à éloigner les bulles d'air qui parfois entrent dans la chambre antérieure. Instillant alors l'ésérine, nous nous assurons que la pupille a bien repris sa forme ronde et sa situation normale et nous appliquons le pansement occlusif. Il va sans dire que l'opération se fait avec les précautions antiseptiques qu'aucun chirurgien ne néglige plus de nos jours et qu'on insensibilise l'œil avec la cocaïne.

Le résultat définitif, je vous le fais constater souvent. Après guérison, l'œil a repris son aspect normal et à part une petite cicatrice supérieure, qui se confondrait facilement avec Gérontoron, il serait difficile, sans le tremblement de l'iris, de retrouver trace d'une intervention chirurgicale.

Le pansement joue un role tout aussi important dans l'extraction de la cataracte que l'opération elle-même. Vous m'avez vu souvent, Messieurs, placer des rondelles de gélatine sur la place cornéenne après l opération, immédiatement avant l'application de bandage compressif. Ces rondelles sont composées de gélatine en feuilles plus ou moins épaisses, et qui sont imprégnées d'une solution de cocaïne et de sublime ; une de leur surface est recouverte d'une couche de glu, qui est tournée du côté de la cornée pour y prendre leur adhérence. Après avoir recouvert la plaie de cette sorte de taffetas, je referme les paupières, cet emplâtre adhésif laisse la plaie en coaptation pendant 12 ou 14 heures et facilite la réunion par première intention. La gélatine fond toute seule sous la cornée et ne se retrouve plus le lendemain de l'opération.

Quelquefois il arrive que la capsule postérieure laissée en place et quelques couches corticales qu'on n'a pas pu extraire, viennent plus tard obstruer le champ visuel. Dans ces cas, notre intervention est très simple. A l'aide de mon aiguille à discision qui représente une sorte de serpette très aigue et très tranchante, nous incisons crucialement la membrane qui gêne. Le corps vitré vient aussitôt s'interposer entre les lèvres de la capsule incisée, laissant ainsi passage convenable pour les rayons lumineux. Au bout de 48 heures ce léger traumatisme est guéri, sans qu'il ait été nécessaire de faire autre chose que d'appliquer un bandeau flottant et de mettre quelques compresses froides. *(A suivre.)*

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Arrêt d'évolution de l'intestin (1);

Par M. FARABEUF.

Messieurs, je viens d'avoir la bonne fortune de rencontrer sur un sujet adulte une disposition de l'intestin et du péritoine que j'attendais depuis le jour où j'ai exposé, dans ma thèse sur le système séreux, les conséquences de la torsion de l'intestin grêle sur la situation des vaisseaux mésentériques supérieurs. Je m'étais dit, en effet, que s'il m'était donné de trouver à l'amphithéâtre une persistance de la disposition primitive du tube digestif, c'est-à-dire un arrêt d'évolution, une absence de torsion intestinale, je ne verrais pas, comme à l'état normal, les vaisseaux mésentériques supérieurs passer devant le grêle pour se placer à sa droite, mais bien rester en arrière et à gauche de cet intestin comme dans les premiers mois de la vie intra-utérine.

Vous pourrez, à l'Ecole pratique, dans mon cabinet, sur le cadavre d'un homme adulte, constater la réalisation de mes prévisions. Je mets sous vos yeux un dessin d'après nature, mais simplifié, qui va me permettre, à l'aide de quelques autres dessins schématiques, de vous faire saisir facilement la relation étroite qui existe entre l'anomalie et l'une des phases du développement régulier de l'intestin.

Primitivement, le tube digestif (estomac, grêle et gros), coudé quand on l'examine de profil, puisqu'il forme une anse logée dans le cordon ombilical, paraît au contraire à peu près rectiligne, vu de face. Son bord postérieur est attaché devant la colonne vertébrale par le mésentère général primitif, qui contient la série des vaisseaux gastriques, entériques et coliques. Le mésentère primitif, vrai pédicule vasculaire du tube digestif abdominal, est donc une espèce de lame médiane allant du cardia au rectum et des gros vaisseaux prévertébraux au bord postérieur de l'estomac (future grande courbure), de l'intestin grêle et du côlon. Le terme général mésentère primitif comprend donc trois portions : mésogastre, mésentère proprement dit et méso-côlon.

Je vous prie, Messieurs, de ne pas oublier que nous parlons d'un embryon et que les mêmes mots peuvent n'avoir pas la même signification chez l'adulte. Le péritoine, en

(1) Société anatomique, séance du 27 mar. 1885.

tant que membrane, n'est pas constitué encore à l'âge où l'on observe les faits dont il est question en ce moment. Du reste, jo n'ai pas dessein de greffer sur le point qui m'occupe, la vaste description de la séreuse abdominale.

Donc, à l'époque où le tube digestif abdominal de l'embryon humain est encore à peu près rectiligne, c'est-à-dire situé dans le plan médian, on peut déjà distinguer et mettre à part les vaisseaux de la région mésogastrique. Ce sont, pour ne parler que des artères, la coronaire stomachique (gastro-hépatique petite ou supérieure), la splénique (pancréatico-spléno-gastrique), l'hépatique (gastro-hépatique grande ou inférieure). La première pédiculise pour ainsi dire le cardia, la dernière le pylore. L'intermédiaire, très longue, laisse à la grande courbure où elle se termine une certaine mobilité. Et plus tard, c'est la portion du mésogastre située entre la splénique et l'hépatique qui se développe en bourse à gauche et en bas pour former le tablier épiploïque. Celui-ci n'adhère primitivement à aucune portion de l'intestin, et cet état persiste chez un grand nombre de mammifères adultes.

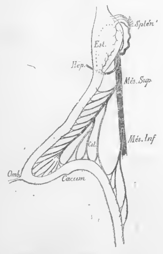


Fig. 101. — Figure représentant le profil gauche schématique du tube digestif abdominal avant la torsion. De l'aorte, representee en noir, se détachent les branches de l'estomac, *Est*, notamment la pancréatico-spléno-gastrique, *Splén.*, et la grande gastro-hépatique, *Hép.*; puis la mésentique supérieure, *Mes. sup.* qui fournit les arteres de l'intestin grêlo et les premières coliques, *Col.*; enfin la mésentérique inférieure, *Mes. inf.* Le canal vitellin est marqué *Omb.*

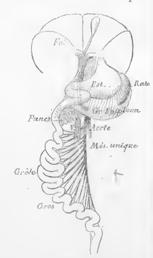


Fig. 102. — Le tube digestif abdominal et ses annexes chez la Roussette. Il n'existe qu'une artere mésentérique qui dessert toute la longueur de l'intestin. Le colon ne présente ni cœcum, ni bosselures ; on n'aperçoit aucune ligne de démarcation entre le grêle et le gros.

Nous pouvons donc, n'ayant affaire qu'à l'intestin proprement dit, laisser de côté dorénavant la portion sus-pylorique, indépendante au double point de vue des vaisseaux et de la tunique péritonéale.

Sur le segment inférieur de l'intestin, le cœcum ne tarde pas à paraître; le pédicule ombilical s'oblitère et se résorbe. Du pylore au rectum, le tube digestif, déjà sinueux, est retenu par le mésentère embryonnaire relativement épais, sans résistance, mais contenant les vaisseaux mésentériques grands et petits. On le voit sur le schème (fig. 101) : l'artère mésentérique grande ou supérieure est entéro-colique par sa distribution; la mésentérique petite ou inféricure est simplement colique. On conçoit très bien que, suivant la longueur de la cavité abdominale, le nombre des artères mésentériques puisse être augmenté ou reduit à l'unité.

De même on comprend que si l'intestin ne doit pas acquérir une longueur excessive, aucun changement radical ne se produise dans la disposition initiale. L'intestin pourra s'allonger, décrire des circonvolutions, dans sa portion grêle et dans sa portion grosse, sans que l'unité, la continuité du mésentère général soit détruite, sans qu'il y ait une séparation quelconque entre le mésentère du grêle et le mésentère du gros ou mésocôlon.

Chez un très grand nombre de vertébrés, l'évolution intestinale s'arrête là. Le cas se voit même dans la classe des mammifères. Je l'ai constaté tout récemment encore en disséquant une grande chauve-souris (Roussette), et vous en serez convaincus comme moi en jetant les yeux sur l'esquisse que je fais au tableau de la disposition des viscères abdominaux de cet animal (fig. 102).

Vous savez, Messieurs, en quoi consiste la torsion intestinale et quelles en sont les conséquences relativement aux rapports du duodénum et des grands vaisseaux mésentériques. Un coup d'œil jeté sur ces croquis rafraîchira vos souvenirs.



Fig. 103.— La torsion de l'anse intestinale encore contenue dans le cordon ombilical. — En haut, position initiale : *E*, estomac ; *Cœ*, cœcum a peine ébauché, *o* canal vitellin ; les flèches *c* et *j* attachées au cœcum et au jéjunum, indiquent le sens de la future torsion. — En bas, position acquise du fait de la torsion.

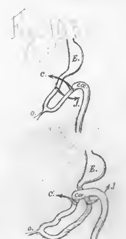


Fig. 104. — La torsion de l'anse intestinale en voie d'accomplissement, vaisseaux figurés. Déja le jéjunum attiré par un crochet est engagé sous l'artère mésentérique supérieure.

La figure 103, expliquée par la légende, montre la torsion de l'anse encore incluse dans le cordon.

La figure 104 ne représente pas autre chose, mais la position des parties a été un peu altérée pour permettre de dessiner les vaisseaux. Il semble que chez l'embryon le doigt de la Providence, ici figuré par un crochet, ayant peut-être comme organe le muscle de Treitz, vrai *gubernaculum jejuni*, attire le jejunum par-dessous le tronc des grands vaisseaux mésentériques dans le sens indiqué par la flèche.

Bientôt l'intestin grêle tout entier flotte à gauche de ses vaisseaux, ainsi que le fait voir la figure 105. Le cœcum et le côlon prennent leur attitude définitive et accommodent à leur position leurs vaisseaux, d'origine mésentérique supérieure, *col.* 10, ou d'origine mésentérique inférieure *m.m'* (fig. 106).

Le corps humain qui fait l'objet de ma communication, n'a pas subi cette évolution normale. Son intestin s'est arrêté au premier stade. Il est inutile d'insister sur quelques particularités secondaires telles que la multiplicité des rates et l'origine de l'artère hépatique que fournissait la mésentérique supérieure, ainsi que l'indique la figure 107.

L'intestin grêle, le cœcum, les côlons, tout m'a paru bien constitué. Mais rien n'était à sa place, sauf la fin du gros intestin et le commencement du duodénum.

Comparez le dessin que je vous présente maintenant (fig. 107) avec les figures 101 et 102, notamment celle-ci qui représente la disposition normale chez la Roussette et que je

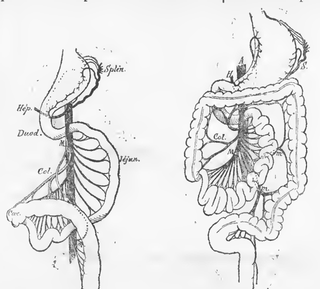


Fig. 105. — L'intestin grêle tout entier est maintenant à gauche de l'artère mésentérique. Le cæcum et le commencement du côlon sont abaissés : si par la pensée on les relève vers le duodénum, on crée la disposition définitive *fig.* 6.

Fig. 106. — Disposition définitive des intestins de l'homme et de leurs vaisseaux. *M*, artère mésentérique supérieure ; *col*, coliques droites qu'elle fournit ; *m m'* branches de la mésentérique inférieure, coliques gauches, etc.

remets sous vos yeux. N'êtes-vous pas frappés de l'analogie? Pas plus de torsion chez l'homme que chez l'animal : les vaisseaux mésentériques sont restés en arrière et à

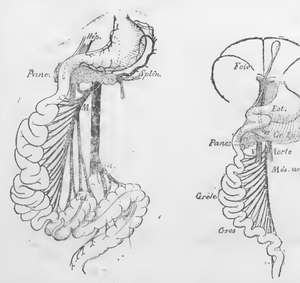


Fig. 107. — Anomalie de situation des intestins et des vaisseaux mésentériques, arrêt d'évolution, homme adulte.

Fig. 108. — Disposition normale chez la Roussette. Comme dans l'anomalie humaine fig. 107, pas de torsion intestinale par-dessous les vaisseaux.

gauche de l'intestin, rejeté sur le côté droit pour bien montrer les parties.

J'ai cru d'abord qu'une anomalie semblable à celle que je vous présente n'avait jamais été décrite ni reconnue; mais je n'ai pas tardé à trouver dans les recueils anglais, un certain nombre de cas vraisemblement analogues. J'indique seulement les mieux observés. (John Reid, *Edinburg med. and surg. Journal*, 1836, XLVI, p. 70. — Bruce Young, *Journal of anat. and phys.*, oct. 1884, XIX, p. 98; fig. et explic. in janvier 1885, XIX, p. 232.)

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Clinique d'accouchements et de gynécologie ; ouverture du cours de M. Pajot.

Mardi dernier, M. le professeur Pajot a repris ses leçons dans l'amphithéâtre de la clinique de la Faculté. A l'occasion d'une statistique récemment dressée dans les salles de la Clinique et ayant trait à la fréquence relative des positions occipito-antérieures et occipito-postérieures, dans les présentations du sommet, le professeur a choisi comme sujet inaugural l'étude de la rotation de la tête fœtale, envisagée dans ses diverses modalités de position.

En peu de mots, et avec cette élocution claire et imagée bien connue de tous, M. Pajot a représenté à grands traits la physionomie générale du mécanisme de l'accouchement. Il a fait suivre à son auditoire les diverses phases de l'évolution de la tête fœtale à travers les voies génitales et indiqué successivement, à côté des causes d'erreur dans le diagnostic, les divers modes d'investigation et les principaux caractères physiques qui doivent servir de guides pour apprécier sûrement la marche de l'accouchement. Arrivé au troisième temps du mécanisme, le professeur a glissé rapidement sur la rotation céphalique dans les positions occipito-antérieures, pour arrêter l'attention de son auditoire sur les conditions dans lesquelles s'exécute ce mouvement alors que la tête se présente en position occipito-postérieure. Prenant alors la défense d'une des théories personnelles qui lui sont chères, M. Pajot s'est élevé avec chaleur contre l'efficacité et même contre l'opportunité de la simple intervention digitale ou manuelle, dans les cas où l'énergie utérine se montre impuissante à faire exécuter elle-même le mouvement de rotation. « Si on parvient à faire tourner la tête avec la main, c'est que cette tête était infailliblement appelée à tourner spontanément.» Quelle doit être la conduite à tenir lorsque l'occiput ne vient pas à s'orienter vers le pubis ? C'est ce problème que M. Pajot se propose de discuter et de résoudre dans ses conférences ultérieures.

Conférences de médecine légale : M. le professeur Brouardel.

Il est écrit que chaque fois que nous parlons de l'enseignement de la médecine légale, c'est pour gémir sur la misérable installation de la salle du cours de la Morgue. Peut-être à force de doléances accumulées, parviendrons-nous à attirer l'attention efficace et non plus la bienveillance inutile des pouvoirs publics sur nos continuelles réclamations. Malheureusement, on nous dit que la réorganisation de la Morgue fait partie d'un immense projet architectural dont il est impossible de la dégager. Aussi, il arrive que, en attendant la réalisation de promesses splendides, les étudiants ne peuvent suivre que quelques leçons pour l'audition desquelles la place est toujours disputée. Tant que l'amphithéâtre ne sera pas agrandi, que des laboratoires ne seront pas annexés à la salle d'autopsie, nous ne pourrons ni compter sur un enseignement de la médecine légale, ni exiger les connaissances les plus indispensables à un médecin légiste.

Les conférences du premier semestre ont été inaugurées mercredi 4 novembre, par une leçon de M. le professeur Brouardel, dans laquelle l'éminent maître a prodigué toute sa verve et toute son amabilité. Malgré tout ce qu'il y a de répugnant dans ces services de la Morgue, l'auditoire n'est jamais attristé : les piquantes observations font oublier les mauvaises odeurs et le nez cède à l'oreille. Les conférences sont toujours très suivies : l'amphithéâtre, qui

est disposé pour soixante personnes, en reçoit le plus souvent quatre-vingt-dix. Quand donc les élèves n'auront-ils plus besoin d'attendre le succès de leur troisième examen pour assister à ces recherches toujours hérissées de difficultés et semées d'écueils ?

— Les lundis et les vendredis, MM. Vibert et Descouts font, à deux heures, une leçon avec autopsie.

Ouverture du cours de M. Hallopeau.

M. Hallopeau a commencé le 6 novembre à 5 heures, son cours sur les maladies du système nerveux et les névroses. Comme tous les cours auxiliaires dont le programme est très chargé, celui-ci doit être élémentaire ; aussi peut-on regretter que l'exiguité du local affecté à cette sorte de cours ne permette pas aux étudiants de prendre des notes, car la moitié d'entre eux sont debout et groupés jusque dans les escaliers.

Dans sa première leçon, le professeur ne s'est occupé que de la pathologie générale du système nerveux. Comme classification, sans tenir compte des névroses qui ne sont que fonctionnelles, il divise les maladies nerveuses en protopathiques, affectant d'emblée le tissu nerveux et en primitivement interstitielles. Pour le premier groupe, l'étiologie se réduit à deux causes : l'hérédité nerveuse similaire ou transformée, ou l'arthritisme des ascendants, puis les abus de fonction. Pour les malades du second groupe, les causes prédisposantes subsistent, mais il faut signaler comme cause occasionnelle les maladies infectieuses entraînant à leur suite des accidents nerveux. Quoi qu'il en soit, ce n'est pas la nature ou la cause de la maladie qui influe sur les symptômes et en fait un type défini ; c'est toujours alors la localisation du processus morbide ou son évolution.

Ouverture du cours complémentaire de pathologie externe : M. Terrillon.

M. Terrillon a ouvert son cours le samedi 7 novembre, à 5 heures, dans un amphithéâtre beaucoup trop petit pour la foule des étudiants qui s'y pressait. Il traitera, cette année, des maladies chirurgicales des organes génito-urinaires de l'homme et de la femme. La première leçon a été consacrée à l'étude des lésions traumatiques du testicule. L'enseignement de M. Terrillon, simple, clair et très au courant des progrès de la chirurgie contemporaine, est fort apprécié des élèves. Nous regrettons que la Faculté ne dispose pas d'amphithéâtres plus convenables que la véritable *boîte* où les plus favorisés des élèves avaient pu s'entasser, pendant que les autres restaient à la porte.

Ouverture du cours de M. Falret à la Salpêtrière.

M. J. Falret a recommencé le dimanche 8 novembre son cours sur les maladies mentales à l'hospice de la Salpêtrière. Dans les huit leçons qu'il fera cette année, le professeur se propose de passer en revue les nouvelles formes de délire décrites dans ces dernières années, paralysie générale, folie circulaire, délire de persécution, folies héréditaires. La première leçon comprend un exposé rapide de l'histoire de la folie, qui n'a commencé à former une branche distincte de la médecine qu'avec Pinel. Le professeur met en relief le rôle à la fois philanthropique et scientifique de Pinel, et l'influence énorme que ses doctrines ont eue sur toutes les générations suivantes. Il passe en revue les théories des différentes écoles qui se sont succédé : l'école psychologique, anatomique, somatique.

Dans la deuxième partie de sa leçon, M. Falret, critiquant la classification d'Esquirol, cherche à démontrer que les termes : manie, mélancolie, démence, ne sont que l'expression symptomatique d'un nombre très grand d'états morbides différant quant à leurs causes, leur intensité, leur évolution. Quant à la classe des monomanies, elle s'est de plus en plus restreinte et bien peu d'aliénistes aujourd'hui admettent l'existence d'un délire limité à une seule idée.

La description récente de nouvelles formes mentales bien distinctes, par l'ensemble de leurs symptômes et leur évolution nous indique bien que dans la médecine mentale, comme dans toutes les autres branches de la médecine, la clinique est la base constante sur laquelle doivent s'appuyer toutes les recherches.

Ouverture du cours de Clinique des maladies mentales : M. Ball.

M. le professeur Ball a ouvert le dimanche 8 novembre ses leçons cliniques sur l'aliénation mentale. Il a pris cette année pour sujet de son cours *les délires émotifs*. Après un court hommage rendu à la mémoire de M. Lunier, l'inspecteur général des services administratifs récemment décédé, M. Ball est entré en matière en définissant le délire émotif, qu'il appelle aussi, avec d'autres auteurs, le *délire avec conscience*. Puis, suivant son habitude, il s'est emparé d'un fait clinique qu'il a analysé en détail et qu'il a présenté comme un type des délires émotifs. Dans le cas présent, il s'agit d'une enfant de 15 ans, fille de parents atteints l'un et l'autre d'affections nerveuses, élevée dans la misère, frappée à l'âge de 7 ans d'une fièvre typhoïde grave qui a laissé des traces profondes sur son intelligence. Cette enfant présente des troubles morbides nombreux et offre, en effet, comme un résumé des différentes formes du délire émotif.

Ces formes, M. Ball les a successivement décrites. Il a eu pour chacune une anecdote caractéristique. Nous avons vu défiler tour à tour : l'*amaxophobie* ou peur des voitures ; — l'*agoraphobie* ou peur des espaces, des terrains accidentés, des endroits sombres ou trop éclairés ; — la *claustrophobie* ou peur des endroits clos ; — la *topophobie* ou crainte de se rendre en un certain lieu ou de passer dans certaines rues ; — la *monophobie* ou crainte de se trouver seul ; — l'*anthropophobie* ou crainte de se trouver en compagnie ; — la *gynécophobie* ou crainte des femmes (très rare) ; — la *panophobie*, terreur panique et *pantophobie*, ou crainte de tout ; — la *rupophobie* ou crainte de la saleté, etc., etc. M. Ball a insisté plus particulièrement sur la *folie du doute*, avec ou sans délire du toucher.

En terminant, le professeur s'est livré à des considérations générales sur le caractère propre et l'étiologie de ces états morbides, ce qui lui a permis d'émettre en passant quelques vues sur le fonctionnement normal de l'esprit humain. Ce fonctionnement normal reposerait, si nous avons bien compris M. Ball, d'une part sur l'*enchaînement des idées*, de l'autre sur leur *succession*. Quand l'enchaînement des idées n'existe pas, il y a *incohérence* ; quand la succession fait défaut, il y a *idée fixe*, ce qui est le cas des délirants émotifs.

M. le professeur Ball veut-il nous permettre de ne pas partager son avis en ce qui concerne la succession des idées, dont il fait à tort, suivant nous, une condition du fonctionnement normal de notre entendement ? Si la succession des idées convenait seule à notre santé cérébrale, il faudrait de toute nécessité traiter de fous tous ceux qui,

sous quelque aspect que ce soit, ont compté dans l'histoire humaine. Il est peu de grandes choses, aussi bien en science qu'en politique, qui n'aient été le produit de l'*idée fixe*. A quelqu'un qui lui demandait comment il avait découvert la gravitation, Newton répondit : « En y pensant toujours ! » C'est là ce qui fait la profondeur de cette pensée d'Alfred de Vigny : « Qu'est-ce qu'une belle vie ? — C'est une pensée de jeunesse réalisée par l'âge mûr ! »

M. Ball annonce ensuite qu'il se propose de prendre pour sujet de sa prochaine leçon la *folie morale*. Enfin il termine sa leçon par l'*arraustonautopsie*, traduisons : la présentation des malades.

Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu : M. Sée.

En ouvrant le cours de l'année scolaire 1885-86, M. le professeur Sée a d'abord annoncé que les leçons du lundi seraient consacrées à la thérapeutique clinique et plus spécialement à une application de la thérapeutique qui, en toutes circonstances, joue un rôle capital, à la détermination du régime alimentaire. Le régime, en effet, aide toujours l'action thérapeutique ; parfois, même, il prend sa place. Tel est le cas dans l'obésité ou le diabète. Mais que de graves questions soulève l'étude du régime ! il faut, pour arriver à les déterminer, toucher à la fois à la chimie, à la mécanique, à la physiologie, à la pathogénie, etc., de façon à établir, en l'espèce, une règle raisonnée qui permette d'arriver à « manger scientifiquement au lieu de manger empiriquement. »

Successivement, le professeur exposera la chimie et la physiologie de l'aliment, sa valeur, son rôle, son évolution ; puis viendra l'étude de la ration alimentaire de l'homme qui travaille manuellement et de celui qui ne se sert que de son cerveau ; celle du soldat, et enfin le régime suivant les âges et suivant le sexe.

L'alimentation dans les diverses maladies sera étudiée ensuite en grand détail. Entrant immédiatement en matière, M. Sée a étudié d'abord ce premier point : le but de l'alimentation. Il a démontré que ce but était double et que l'aliment avait à remplir deux rôles, d'abord reconstituer la trame corporelle et en second lieu engendrer des forces. Pour arriver à ce double résultat, l'alimentation doit se composer d'éléments fort divers, répondant partie au type des substances quaternaires auxquelles est plus spécialement dévolu le rôle de réparateur des tissus, partie à celui des corps ternaires particulièrement chargés de créer de la chaleur, c'est-à-dire de la force, en s'oxydant au contact de l'oxygène. Afin de remplir ces conditions multiples, le régime doit tout naturellement être mixte, à la fois animal et végétal ; aussi, en terminant, M. Sée fait-il le procès des régimes exclusifs qui sont absolument contraires à ces données scientifiques. On connaît la verve du professeur qui sait, au moment opportun, par une digression intéressante ou une anecdote frappante, fixer l'attention des élèves, leur présenter des faits un peu abstraits sous une forme facile à retenir. Cette méthode, M. Sée l'a appliquée à l'exposé de son sujet un peu en dehors de ce à quoi sont habituées les oreilles des élèves, dont l'attention d'ailleurs soutenue, quoique tout d'abord un peu étonnée, n'a certes pas fait défaut et ne manquera pas, il faut l'espérer au maître auquel la jeunesse doit savoir grand gré d'être un des promoteurs des idées neuves et progressives.

Cours de physique : M. Gariel.

Cette année, comme l'année dernière et comme depuis six ans M. Gariel fait le cours de physique au lieu et place de M. le professeur Gavarret. Les élèves ne s'en plaignent pas, du reste, et l'amphithéâtre est toujours aussi plein. Mais il nous semble que le ministre de l'instruction publique a le devoir de faire cesser cette situation anormale, en mettant à la retraite M. le professeur Gavarret. Cette mesure aurait dû être prise lorsqu'on a provoqué la mise à la retraite de M. le professeur Bouchardat, qui, lui, remplissait encore ses fonctions. Isolée, la mesure prise envers l'honorable professeur d'hygiène ne peut qu'être mal interprétée ; généralisée à tous les professeurs ayant plus de soixante-dix ans, la mesure n'avait plus rien de blessant et se justifiait par l'intérêt supérieur de l'enseignement.

Cette année, M. le professeur Gavarret ou plutôt son suppléant, M. Gariel, traitera de l'*acoustique* et de l'*optique*. Inutile de dire que M. Gariel, qui sait tous les ans attirer de nombreux auditeurs à son cours, a commencé par des généralités indispensables à connaître aux commençants. Le professeur (pas celui qui a le titre) a annoncé aux élèves que les travaux pratiques, et nous ne pouvons que l'approuver, étant d'une grande utilité, il tiendrait grand compte, aux examens, de la présence et des recherches faites au laboratoire de physique de la rue Vauquelin. Avis aux étudiants.

Cours de physiologie de la Sorbonne : M. Dastre.

M. Paul Bert est suppléé dans la chaire de physiologie par M. Dastre, maître de conférences à l'Ecole Normale supérieure. L'enseignement de cette année comprend l'étude de la circulation et de la respiration, à la fois au point de vue de la physiologie générale, spéciale et comparée. M. Dastre a ouvert son cours lundi 9 novembre, à trois heures et demie, dans l'amphithéâtre de la rue de l'Estrapade ; il le continuera pendant le semestre d'hiver, les lundis et vendredis, à la même heure. Des démonstrations pratiques seront faites aux élèves le jeudi, dans les nouveaux laboratoires, sous la direction du professeur suppléant.

M. Dastre a pris pour sujet de sa leçon d'inauguration l'histoire de la découverte de la circulation du sang, telle qu'elle ressort de ses patientes et minutieuses recherches ; il a su donner un caractère d'originalité et de nouveauté à cette œuvre qui, depuis si longtemps, divise les érudits. Il s'agit toujours de savoir si le grand Harvey a eu des précurseurs et de déterminer l'importance relative de ces derniers. M Dastre distingue trois périodes dans l'histoire de la mémorable découverte : l'une est illustrée par Realdo Colombo qui décrit la circulation pulmonaire ; — la deuxième est marquée par Harvey, démontrant la circulation générale ; — la troisième a pour caractère la recherche des circulations locales, commencée par Claude Bernard et continuée par ses élèves. Nos lecteurs savent quelle place M. Dastre occupe parmi ces derniers ; s'ils assistent au cours de physiologie de la Sorbonne, ils entendront exposer non seulement l'état actuel de la science, mais encore de très délicats et très intéressants travaux personnels.

Ouverture du cours de médecine opératoire. M. Duplay.

M. le professeur Duplay a commencé son cours mardi dernier à quatre heures, dans le grand amphithéâtre de la Faculté. Accueilli par les applaudissements sympathiques d'un public nombreux, M. Duplay a d'abord exposé brièvement la manière dont il comprend l'enseignement qui lui est

confié. Il n'entend pas donner une sèche énumération des méthodes et des procédés opératoires ; il lui arrivera souvent de se contenter d'une description sommaire de l'opération pour s'attacher tout particulièrement à l'étude des indications et contre-indications opératoires.

Le cours de M. Duplay a un caractère essentiellement pratique : le professeur étudie longuement, à propos de chaque opération, les accidents, les complications ; il décrit les pansements et les précautions opératoires, dont l'importance est devenue si légitimement grande. Ainsi compris, le cours de médecine opératoire devient un véritable cours de thérapeutique chirurgicale et répond aux exigences de la pratique chirurgicale actuelle. M. Duplay a commencé dans sa première leçon le traitement chirurgical des maladies du système vasculaire.

Ouverture du cours de M. Blanchard.

Comme les autres années, M. Blanchard, agrégé, a recommencé, mardi à 2 heures, son cours, devant un auditoire aussi nombreux que les autres années. Le cours accessoire des sciences naturelles a pris une importance qu'il n'avait pas autrefois sous l'ancien régime.

Aujourd'hui l'ancien 3e de doctorat est devenu le 1er de doctorat, et cet examen n'est plus une sorte de formalité comme autrefois, mais un examen très sérieux où échouent les élèves qui ne travaillent pas cet examen pendant leur première année.

La nécessité de ce cours accessoire est devenue telle, que l'on se demande s'il ne serait pas indispensable de dédoubler la chaire d'histoire naturelle à la Faculté, et de faire faire ce cours par un professeur ?

Ouverture du cours de clinique chirurgicale à l'hôpital Necker : M. L. Le Fort.

M. le professeur Le Fort a recommencé le mardi 10, à l'hôpital Necker, les leçons cliniques qu'il continuera les mardi et vendredi de chaque semaine. La première leçon, faite devant une assistance nombreuse et sympathique, a été consacrée à l'étude intéressante d'un cas d'*exostose ostéogénique*.

Cours auxiliaire d'accouchements : M. Pinard.

Mardi soir, 10 novembre, devant un très nombreux et très sympathique auditoire, M. Pinard a ouvert son cours dans le petit amphithéâtre de la Faculté. Le professeur a tenu, dès les premières paroles, à bien mettre en relief toute l'importance qu'il y a pour le futur praticien d'acquérir une notion approfondie de l'obstétrique, et il a suffi de voir l'affluence considérable d'élèves qui se pressaient à ce premier cours, pour constater que tous se rendaient exactement compte de cette nécessité.

Dans un juste parallèle entre cette science et la médecine et la chirurgie proprement dites, M. Pinard a fait voir que nulle des branches de la pathologie, plus que l'obstétrique, ne réclame la notion précise des indications, la rapidité dans la décision, le sang-froid et l'habileté de main dans les interventions, qualités pratiques qui ne peuvent s'acquérir que par la fréquentation assidue des cours et par une observation suivie dans les hôpitaux.

Au point de vue tant pratique que théorique, de grandes améliorations — on pourrait presque dire réformes — ont été apportées dans ces derniers temps à l'enseignement des accouchements. Les cours officiels se sont multipliés; mais à côté de cette sollicitude de la Faculté, M. Pinard se plaît à rendre un juste tribut d'éloges au zèle de M. Farabeuf qui a su organiser avec la même compétence pour l'obstétrique que pour l'anatomie et la médecine opératoire, des travaux pratiques destinés à familiariser les élèves avec les manœuvres obstétricales.

En outre des exercices sur le fantôme, la *création de services d'accouchements dans les hôpitaux*, confiés à des accoucheurs, création due au Conseil municipal, sur l'initiative de M. Bourneville, est venue apporter aux étudiants toutes les facilités de compléter leur instruction pratique. Joints à la clinique de la Faculté, les six nouveaux services — dont bientôt le nombre sera double — constituent actuellement sept centres d'enseignement mis à la disposition des élèves. Il suffit à ceux-ci, de souscrire aux conditions exigées par l'hygiène des femmes en couches, pour qu'ils aient libre accès dans les services d'obstétrique, où ils sont assurés de trouver à la fois un bienveillant accueil et un excellent enseignement. Dans sa première leçon, après avoir fait l'exposé des notions physiologiques actuellement acquises au sujet de la fécondation, M. Pinard est entré dans l'étude des modifications apportées à l'organisme maternel par l'état de gestation. Pendant le cours de ce semestre, le professeur traitera de la grossesse et de l'accouchement normal.

Ouverture du cours d'anatomie pathologique : M. Cornil.

Nous n'avons pas à revenir aujourd'hui sur l'organisation de l'enseignement de l'anatomie pathologique (1) ; M. Cornil s'est efforcé d'adopter pour son cours le mode le plus favorable à l'instruction théorique et pratique des étudiants, aussi est-ce avec étonnement que nous avons constaté que le grand amphithéâtre, où a eu lieu le 11 novembre à cinq heures la leçon d'ouverture, ne contenait guère qu'une centaine d'élèves. L'importance de l'anatomie pathologique nous semble être encore beaucoup trop méconnue par la généralité des étudiants. M. Cornil a formé le projet non pas d'exposer une partie de son programme, mais de passer en revue toute l'anatomie pathologique. Pendant le semestre d'hiver, il enseignera toute l'anatomie pathologique générale (pathologie cellulaire, atrophies et hypertrophies, inflammation, tumeurs, parasites et maladies des tissus). Le semestre d'été sera consacré à l'anatomie pathologique spéciale. L'éloignement et la dissémination des différents bâtiments universitaires ne permet pas de faire circuler parmi les élèves des pièces pathologiques ayant trait aux diverses lésions traitées ; elles sont montrées aux étudiants, avec des préparations histologiques, à l'Ecole pratique, tous les lundis à une heure et demie. Nous ne pouvons qu'engager les étudiants à suivre avec assiduité le cours d'anatomie de la Faculté, ainsi que les exercices qui se font à l'Ecole pratique. Ils ne doivent pas oublier que la médecine clinique ne peut leur être d'un véritable profit qu'éclairée par l'ouverture des corps.

(1) Voir le n° 45, p. 545.

Lyon. Souscription Roullet. — En mai dernier, mourait à Lyon, Ch. Roullet, interne des hôpitaux. Il succombait aux suites d'une piqûre anatomique, contractée en pratiquant l'autopsie d'un malade du service.

Une souscription fut ouverte par le corps de l'internat pour assurer l'avenir de sa mère et de sa sœur. On fit appel à tous les anciens internes, à l'administration des hospices, aux professeurs de la Faculté, aux médecins et chirurgiens des hôpitaux, à l'association des médecins du Rhône. Le résultat a dépassé toute attente ; on a réuni plus de *quinze mille francs*. Ce fait se passe de commentaires.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 26 octobre 1885. — Présidence de M. Bouley

M. Pasteur lit, à propos *du traitement de la rage*, le mémoire que nous avons analysé dans notre dernier numéro. MM. Vulpian, Larrey et Bouley prennent ensuite la parole pour manifester leur admiration au sujet de cette découverte.

M. S. Arloing étudie les *propriétés zymotiques de certains virus*. Les virus anaérobies de la septicémie gangréneuse et du charbon emphysémateux du bœuf à l'état frais, déterminent la fermentation butyrique de la plupart des sucres fermentescibles et de plusieurs corps neutres hydrocarbonés. On obtient à peu près les mêmes résultats avec les virus récemment desséchés. Mais, quand ces virus sont à l'état sec depuis longtemps, ou quand leur activité pathogène a été atténuée par l'action de la chaleur, ils ont perdu leur action zymotique, sans avoir perdu néanmoins leur propriété nocive. Il faut donc en conclure que la propriété pathogène des micro-organismes virulents peut être séparée partiellement de la propriété zymotique : celle-ci disparaissant la première, on doit admettre qu'elle réside dans le mycelium et non dans les spores.

M. H. Parinaud présente par l'intermédiaire de M. Charcot, une note sur l'*existence de deux espèces de sensibilité à la lumière*. Il rappelle ses travaux antérieurs sur cette question et il fait une réclamation de priorité à propos des récentes communications de M. Charpentier. Les deux modes de sensibilité sont en rapport avec l'existence dans la rétine humaine de deux sortes d'éléments nerveux, les cônes dépourvus de pourpre, qui reçoivent directement de l'agent lumineux une excitation de nature plus spécialement physique, les bâtonnets dont l'excitation se fait par l'intermédiaire du pourpre et est liée à un processus de nature chimique. Les cônes nous donnent deux sensations simultanées de couleur et de clarté avec les lumières homogènes; les bâtonnets ne nous donnent que la sensation de clarté.

MM. Cazeneuve et Lépine communiquent les résultats de leurs recherches sur l'*action physiologique du sulfoconjugué sodique de la roccelline ou rouge soluble*. — Cette substance, employée pour colorer les boissons et les denrées alimentaires, est mise à l'index par les hygiénistes. Or, il ressort des expériences des auteurs, que ce composé est absolument dénué de propriétés toxiques et qu'il ne peut être qualifié de nuisible à la santé aux doses très faibles auxquelles on peut l'employer.

M. Paul Bert présente une note de M. Adamkiewicz sur la *circulation dans les cellules ganglionnaires*. Les cellules nerveuses sont renfermées chacune dans une capsule vésiculaire présentant deux prolongements ; la cellule est elle-même entourée d'une membrane à deux prolongements qui s'insinuent dans ceux de la capsule. Entre la cellule et sa membrane d'une part, entre la membrane et la capsule d'autre part, existent des espaces dont le premier est très étroit, tandis que le second présente des dimensions considérables. L'injection faite par l'artère vient se répandre entre la cellule et sa membrane; l'un des prolongements est le canal afférent, l'autre le canal efférent. L'injection pénètre ensuite à l'intérieur de la cellule ganglionnaire, la partie qui se remplit par la masse colorante est précisément celle à laquelle on attribue d'ordinaire la signification de noyau cellulaire et au milieu d'elle on reconnaît le nucléole. Le prétendu noyau correspond donc à une cavité normale, appartenant au système veineux, puisqu'on le remplit en injectant les veines. Entre cet espace et les capillaires veineux, il y a comunication directe par un vaisseau très fin, lequel traverse le corps cellulaire, la membrane, l'espace interposé et la capsule elle-même. Le sang artériel pénétrerait ainsi par endosmose à l'intérieur du corps cellulaire et il viendrait se ramasser dans le sinus veineux central (le prétendu noyau), d'où la veine centrale de la cellule ganglionnaire l'emmène dans le torrent circulatoire général.

M. Paul Hallez a étudié le *développement des nématodes*. L'éclosion ne se produit jamais sous l'eau, ni à sec, mais seulement dans des conditions convenables d'humidité et de chaleur ; l'oxygène est indispensable à l'éclosion.

M. Dareste communique ses nouvelles recherches concernant l'*influence des secousses sur le germe de l'œuf de la poule*, pendant la période qui sépare la ponte de la mise en incubation. Paul Loye.

Séance du 2 novembre 1885. — Présidence de M. Bouley.

M. Vulpian communique les résultats de ses nouvelles recherches sur l'*origine des fibres nerveuses glandulaires et des fibres nerveuses vaso-dilatatrices qui font partie de la corde du tympan et du nerf glosso-pharyngien*. Toutes les fibres, à fonction connue, de la corde du tympan, proviennent, en réalité, du nerf facial. La corde du tympan n'est pas le produit d'anastomoses fournies au nerf facial par d'autres troncs nerveux : elle est véritablement une branche du nerf facial lui-même et, à l'exception de quelques rares fibres anastomotiques, elle est soumise tout entière à l'influenne trophique du ganglion géniculé. Les fibres que le glosso-pharyngien donne à la parotide et à la partie postérieure de la langue émanent du nerf dès qu'il sort de la moelle allongée.

M. Bonnal a étudié la *température chez la femme au moment de l'accouchement et chez l'enfant au moment de la naissance*. Le travail d'accouchement n'a pas pour conséquence obligée d'élever d'une façon appréciable la température de la parturiente. Le degré de la température constaté après l'accouchement n'est en rapport direct ni avec la durée du travail, ni avec l'intensité de la souffrance, ni avec l'âge de la femme, ni avec le temps écoulé depuis la rupture des eaux. Comparée à celle de sa mère, la température de l'enfant, au moment de sa naissance, est exceptionnellement inférieure à la température de la mère, rarement égale et presque toujours supérieure. La température du nouveau-né baisse rapidement après sa naissance.

M. Pourquier adresse un mémoire sur l'*atténuation du virus de la variole ovine*. Il est possible d'atténuer le virus de la clavelée des bêtes ovines et de le transformer en un véritable vaccin : on évitera ainsi pour l'élevage des pertes considérables.

M. Sanson adresse une réclamation de priorité à propos de la dernière communication de M. Arloing, relative aux propriétés zymotiques du sang charbonneux et septicémique.

MM. Cadéac et Malet sont arrivés à *transmettre au porc la morve aiguë*. Paul Loyé.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 31 octobre 1885. — Présidence de M. Hanot.

M. Brown-Séquard complète sa précédente communication sur l'allongement et le relâchement du muscle pendant les phénomènes de rigidité cadavérique.

Dans une autre série d'expériences, il a constaté qu'en galvanisant le pont de Varole, on produisait des effets dynamométriques excessifs sur les muscles et particulièrement les intercostaux.

M. Brown-Séquard étudie ensuite l'action du café sur le prurit anal et vulvaire. Dans deux cas observés pendant de longues années, il a pu voir qu'il y avait un rapport constant entre l'absorption de l'un et l'apparition de l'autre ; l'abstention de café faisant cesser entièrement le prurit.

M. M. Duval présente une note de M. Laulanié sur la *régression des follicules ovariques* chez les mammifères ; leur vitellus est dévoré sur place par les cellules migratrices.

M. Dupuis a détruit au fer rouge, chez un singe toute la

région de l'écorce cérébrale correspondant aux centres moteurs. L'animal n'a eu qu'une parésie du bras; de plus, le champ visuel s'est considérablement rétréci. L'autopsie, faite plusieurs mois après l'opération, a permis de constater la persistance de la lésion.

M. Dubois présente des tracés graphiques au moyen desquels il a étudié les modifications imprimées à la marche des insectes par les lésions provoquées expérimentalement sur les diverses parties des centres nerveux. Il établit, entre autres choses, que le mouvement de rotation imprimé à l'insecte par la lésion d'un des ganglions cérébroïdes, n'est pas, comme on l'a prétendu, le résultat d'un acte psychique dont le point de départ se trouverait dans les organes cérébroïdes, non plus que le résultat de la douleur provoquée *in situ* par la lésion et qui porterait l'animal à « fuir sa blessure » en le faisant tourner en sens opposé. En effet, après avoir provoqué la lésion d'un ganglion cérébroïde déterminant le mouvement de rotation en sens opposé par un mécanisme que les tracés graphiques seuls permettent d'analyser, M. Dubois enlève complètement la tête, avec le point lésé nécessairement. Malgré cela l'insecte (pyrophore, dytique, ou autre coléoptère), continue à exécuter le mouvement de rotation que lui a imprimé la lésion du ganglion cérébroïde, alors même que celui-ci est séparé du reste du corps. L'impression transmise par le cerveau de l'insecte subsiste donc dans les parties auxquelles elle a été communiquée et l'ordre donné continue à être exécuté, alors que l'organe d'où cet ordre est parti n'existe plus. Il y a là un fait de mémoire locale d'un grand intérêt, car cette propriété n'est pas spéciale aux coléoptères. L'auteur a obtenu des résultats identiques en opérant sur des anguilles.

M. Brown-Séquard dit avoir observé un mouvement de giration sur des animaux décapités (chiens, chats) mais ses observations n'ont pas été publiées.

M. Dubois répond qu'il a, de son côté, fait des expériences sur des oiseaux, mais qu'elles ne sont pas assez concluantes pour qu'il puisse les faire encore connaître. Le procédé opératoire qu'il a employé sera d'ailleurs modifié dans les expériences en cours d'exécution.

M. Brown-Séquard avait observé des phénomènes analogues en piquant la couche optique et en décapitant ensuite l'animal. L'état particulier qui existe alors ne dépend pas de la partie lésée, mais bien de la moelle épinière qui continue l'influence qu'elle a enregistrée.

MM. Vignal et Henneguy présentent un nouveau microtome permettant de couper les pièces dans la paraffine.

MM. Assaki et Fargin présentent les résultats de leurs recherches expérimentales sur la *greffe tendineuse et la régénération des tendons*. Dans leurs expériences sur les animaux, ces auteurs ont transplanté des portions de tendon sur des animaux d'espèces différentes : de mouton à lapin, de chien à lapin, de lapin à chien. Ces greffes se sont réunies par première intention. Cherchant à étendre leurs expériences, ils ont greffé des tendons d'oiseaux à des mammifères; de poulet à lapin, de dindon à lapin, de canard à lapin, de lapin à poulet. Les tendons ainsi greffés cicatrisés par première intention, conservaient leur mobilité et leur résistance normales. Ils ont vu en outre que les tresses de catgut facilitaient le processus de régénération. L'étude clinique et histologique très soignée qu'ils ont faite de ces régénérations dans le laboratoire de M. Duplay, est remplie de résultats pratiques intéressants.

M. Malassez, après avoir exposé la théorie de Broca sur la *formation des kystes dentaires*, dit que celle-ci, malgré ce qu'elle a de séduisant, ne saurait résister plus longtemps à un examen minutieux. Il rappelle que l'organe de l'émail pousse au moment de son développement une quantité très considérable de bourgeons épithéliaux dont on retrouve des vestiges très accentués dans la mâchoire pendant toute la durée de la vie. Ce sont ces masses épithéliales situées autour des dents qui donnent naissance aux diverses variétés de kystes dentaires. Outre que cette théorie se pose sur une base positive, elle se concilie encore très bien avec ce que nous savons sur la formation kystique en général.

M. Javal se livre en ce moment à des recherches sur la mensuration des rayons de courbure de la cornée, comparés à la taille des individus. Il a eu autrefois connaissance d'un travail dans lequel on avait pesé un très grand nombre d'yeux et demande à ses collègues de la Société, de vouloir bien lui donner à nouveau, s'ils la possèdent, l'indication de ce travail. Gilles de la Tourette.

Séance du 7 novembre 1885. — Présidence de M. Hanot.

M. Bloch a étudié le retard du pouls radial sur le pouls carotidien à l'état normal et chez les cardiaques, en plaçant le bras dans diverses positions : horizontale, verticale en haut, verticale en bas. Il y a toujours un retard du pouls radial sur le pouls carotidien, mais, à l'état normal ce retard est beaucoup plus considérable quand le bras est pendant. Chez les aortiques et les mitraux c'est dans la position du bras verticale en haut que ce retard est le plus considérable.

M. Brown-Séquard a observé des résultats très différents suivant les individus en galvanisant dans des conditions identiques la base de l'encéphale. Dans un cas, il y a inhibition, dans l'autre dynamogénie. Il a pu observer des phénomènes semblables chez l'homme.

M. Budin offre à la Société son récent ouvrage intitulé : *Obstétrique et Gynécologie* qui renferme des mémoires anciens et récents sur ces deux sciences.

M. J. Darier expose le résultat de ses expériences de culture et d'inoculation des *microbes de la bronchopneumonie diphthérique*. Déjà, dans un précédent travail, il avait indiqué que l'on trouve dans les lobules enflammés des bacilles semblables à ceux que Klebs et Löffler considèrent comme spécifiques de la diphthérie, et des microcoques en grand nombre. En cultivant ces derniers, il a pu reconnaître qu'ils appartiennent à trois espèces distinctes : le *staphylococcus aureus*, le *staphylococcus albus* et le *streptococcus pyogene*. Chacun de ces organismes étudié à part lui a donné les réactions de culture et les réactions pathogéniques caractéristiques. L'auteur présente en outre des cultures du bacille de la diphthérie, lequel ne germe que sur le sérum du sang. Les inoculations de ce microbe ont démontré qu'il est d'une virulence extrême, mais la maladie ainsi produite chez les animaux n'est pas entièrement identique à la diphthérie spontanée de l'homme. Les nombreux microbes pyogènes qui se trouvent dans les foyers de bronchopneumonie diphtérique ont pour effet d'aggraver l'inflammation pulmonaire causée par le bacille spécifique. M. Darier considère qu'il s'agit là d'un fait assez général dans la pathologie : une fois qu'un microbe a incité l'organisme, il prépare la voie à d'autres parasites très répandus qui germent sur le terrain modifié et ajoutent leur action à celle du premier microbe. C'est ainsi qu'on pourrait expliquer les modalités diverses que peut présenter une même maladie.

M. Galézowski a expérimenté l'action de la pelletiérine dans les paralysies des muscles de l'œil. Il a déjà obtenu sept guérisons ou améliorations très notables. Il ordonne 1 gramme de l'alcaloïde dans 120 grammes de sirop, à prendre dans les 24 heures. La paralysie ne résisterait pas à la quatrième ou cinquième prise. Cette médication étant fort chère, l'auteur étudie en ce moment l'action du médicament administré par la voie hypodermique.

M. Pouchet remet une note de M. Laguesse sur le développement du sinus maxillaire (chez le mouton). Les recherches de cet auteur permettent de conclure à l'analogie morphologique des sinus avec les sacs aériens des oiseaux, opinion à laquelle se range complètement M. M. Duval.

M. Rémy rappelle qu'il a décrit l'origine et le trajet des nerfs éjaculateurs chez le cobaye. Il a fait de nouvelles expériences qui lui ont démontré que ces nerfs président également à l'érection. De plus, après les avoir sectionnés, on observe une surdistension énorme des capsules séminales qui peuvent acquérir le volume du pouce, ainsi que M. Rémy montre une préparation.

M. Fr. Franck a récemment observé des malades présentant un souffle cardiaque systolique accompagné d'un clapotement tout spécial. Il n'hésita pas à rapporter ces phénomènes à une dilatation de l'estomac coïncidant avec une affection cardiaque.

M. Regnard rappelleque certaines plantes : la balsamine, l'ara crepitans, chassent au loin leurs graines, quand vient la déhiscence du fruit. Désireux de connaître la pression que supportaient alors les tissus végétaux et surtout dans le cas particulierde celle de l'*ecballium agreste*, que l'on ne peut comparer sous ce rapport aux plantes déjà nommées, l'auteur a constitué des expériences qui lui ont démontré que l'ecballium pouvait lancer des graines de 5 et 9 mètres du point de départ et que l'intérieur du fruit supportait alors une pression de 1/2 à 1 atmosphère.

Gilles de la Tourette.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 novembre 1885. — Présidence de M. Bergeron.

M. Charpentier présente, au nom de M. Doléris, une *sonde dilatatrice* pour injections intra-utérines.

M. J. Guérin présente une femme et ses trois enfants qui, tous, offrent une *déviation angulaire et latérale de la première phalange de l'index des deux mains.* M. J. Guérin signale cette difformité bizarre en insistant sur le rôle essentiel de l'hérédité et en suspectant une altération des ligaments latéraux de l'articulation ; quant à l'étiologie de cette difformité, il est bien difficile de la préciser ; car, à part une influence morale bien établie, on ne relève rien dans les antécédents de la famille qui puisse être rattaché à cette infirmité.

M. Trélat pense que cette difformité est de nature osseuse et non ligamenteuse.

M. Vallin présente, au nom de M. Bertin-Saus (de Montpellier) un *appareil* destiné à dévoiler la simulation de l'amblyopie monoculaire chez les conscrits.

M. Dujardin-Beaumetz, à l'occasion de la communication faite dans la précédente séance par M. Jaccoud, sur la *thalline* et l'*antipyrine*, prend la parole pour réfuter en partie les conclusions avancées par M. Jaccoud. Ces conclusions tendaient à établir que la thalline est supérieure à l'antipyrine comme agent antithermique, mais que ces deux médicaments ne jouissent pas d'un réel effet thérapeutique. M. Dujardin-Beaumetz estime que l'antipyrine est un antithermique supérieur à la thalline ; et, sans s'illusionner sur les résultats éphémères qu'on obtient, est d'avis qu'on ne saurait légitimement abandonner un médicament, susceptible de diminuer la fièvre et de procurer un véritable soulagement aux tuberculeux, durant leurs crises sudorales par exemple.

M. Durand-Claye fait une communication sur l'*assainissement des maisons dans Paris.* — Cette communication vise l'arrivée de l'eau pure, la sortie immédiate de tous les liquides impurs hors de la maison avec entraînement des matières de vidanges. M. Durand-Claye parle d'abord de la maison ancienne avec la fosse fixe, puis de la maison moderne avec la tinette filtrante et enfin de la maison nouvelle avec tous les derniers perfectionnements de l'hygiène.

M. Blot lit un *rapport sur le service de la vaccine*, durant l'année 1883.

M. Peter lit un *rapport* sur les titres des candidats à une place déclarée vacante dans la première division.

A. J.

Séance du 10 novembre — Présidence de M. Bergeron.

Election d'un membre correspondant national. — Votants, 61 : majorité, 31. Au premier tour de scrutin, M. de Raux (de Néris) est élu par 50 voix, contre M. Picot (de Bordeaux) 7 ; M. Maudon (de Limoges) 2 : M. Barallier (de Toulon) 2.

M. Dujardin-Beaumetz fait une communication sur les *propriétés hypnotiques de la phénylméthylacétonone ou acétophénone.* L'acétophénone a été étudiée au point de vue de ses propriétés physiologiques par Popof et Nencki. Ce produit se transformerait dans l'organisme en acide carbonique et en acide benzoïque. MM. Dujardin-Beaumetz et Bordet ont poursuivi ces recherches et ont constaté que ce produit possédait des propriétés hypnotiques très intenses. L'acétophénone doit être employée chez l'adulte, à la dose de 5 à 15 centigrammes, mélangée à un peu de glycérine, et ingérée dans des capsules de gélatine. Elle détermine un sommeil profond ; elle est bien tolérée, mais provoque une odeur désagréable de l'haleine. Cette substance, enfin, a été injectée à des cobayes à la dose de 0,50 centigrammes ; dans ces conditions, elle a engendré un engourdissement hypnotique, le coma et la mort.

M. Rochard lit un *rapport* sur le prix Godard.

M. Maurice Perrin lit un *rapport* sur le prix de l'Académie. L'Académie se constitue en *comité secret*, à l'effet d'entendre la lecture des conclusions de ces rapports. Josias.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 13 février 1885. — Présidence de M. Cornil.

12. Deux observations de résection partielle du maxillaire inférieur (pour extirpation d'épithélioma sublingual). — **Hémorrhagies secondaires. — Dans un cas, mort, avec gangréne pulmonaire** ; par A. Broca, interne des hôpitaux, aide d'anatomie à la Faculté.

Obs. I. Mann..., Louis, âgé de 46 ans, employé d'octroi, entré le 3 janvier 1885, salle Michon, lit n° 3 (hôpital de la Pitié), service de M. le prof. Verneuil, ne connaît pas d'antécédents rhumatismaux dans ses ascendants, pas de tumeurs dans la famille, n'a jamais vu ses parents malades tant qu'il est resté dans son pays (jusqu'à l'âge de 20 ans). A un frère bien portant. Lui-même est un homme gros, à face rouge. Il y a une douzaine d'années a eu des douleurs dans les membres, et depuis, en a de temps à autre, surtout dans les jambes, et cette année encore a été obligé par cela, de suspendre son travail pendant un mois. Aucun commémoratif syphilique appréciable. Alcoolisme manifeste.

S'est aperçu de l'affection actuelle en mars 1884. N'a jamais souffert. La tumeur ne s'est jamais ulcérée. Au bout de 4 à 5 mois, elle commença à causer une gêne mécanique notable et en juillet le malade vint consulter M. Verneuil, qui conseilla l'ablation. L'opération ne fut pratiquée qu'en septembre, par M. Kirmisson, qui nous a communiqué la note suivante : « Il existait une petite tumeur du plancher de la bouche, située à droite du frein de la langue, au point où la muqueuse se réfléchit sur la face postérieure du maxillaire, petite tumeur mobile. La glande sublinguale du même côté paraît légèrement indurée. On trouve dans la région sous-maxillaire, quelques ganglions engorgés. Telle était la limitation et la mobilité de ce petit bourgeon situé dans l'épaisseur de la muqueuse, que je me suis demandé tout d'abord si je ne pourrais pas me contenter d'en pratiquer l'extirpation par la bouche. Mais, prenant en considération l'induration légère de la glande sublinguale, j'ai cru plus prudent de faire l'ablation complète par la région sus-hyoïdienne. Le 10 septembre, ablation par la voie sus-hyoïdienne. Ligature de la faciale. La langue est attirée dans l'incision et la glande sublinguale, ainsi que la petite tumeur du plancher de la bouche, sont enlevées au bistouri. Réunion de la plaie, avec drainage. Le 18, la réunion paraît complète. Les points de suture sont enlevés. Le 20, désunion de la partie postérieure de la plaie. Issue pendant les lavages, de lambeaux sphacélés et de détritus alimentaires. Le 23, matin, hémorrhagie par la plaie. Le 28, matin, nouvelle hémorrhagie. Le 7 octobre, extirpation au thermo-cautère d'un bourgeon suspect sur le plancher buccal. Au moment des hémorrhagies, le malade nous a dit avoir séjourné 7 ans en Afrique, mais n'y avoir jamais eu de fièvres. Toutefois, il disait avoir depuis quelque temps, surtout le

dimanche matin, quand il restait au lit, une sensation de frisson. Ces phénomènes étaient si vagues que je n'ai pas cru devoir y attacher grande importance, de peur de mériter le reproche de voir partout du paludisme (l'événement a prouvé que j'avais tort), et je mis les hémorrhagies sur le compte de la septicité de la plaie, ayant entraîné du sphacèle, comme on l'a vu plus haut. Partant de cette idée, j'ouvris largement la plaie, et j'y fis des lavages abondants, à l'acide phénique. En même temps, je donnai le sulfate de quinine. »

Finalement, le malade sortit guéri et il est venu se faire examiner par M. Verneuil au commencement de décembre. Il n'y avait à cette époque aucune trace de récidive. Mais le néoplasme a commencé à repulluler une quinzaine de jours après et a pris un accroissement rapide.

Actuellement. Il y a à la région sus-hyoïdienne droite une cicatrice qui longe le bord inférieur du maxillaire, allant de l'angle presque jusqu'à la symphyse. Cette cicatrice est bien souple dans sa moitié postérieure, mais en avant elle présente sur chacun de ses bords une bosselure dure, grosse comme une noisette, immobile sur les parties profondes. Sur le plancher buccal, contre le maxillaire, il existe à ce niveau une tuméfaction dure, irrégulière, non colorée, un peu douloureuse à la pression, adhérente à l'os. Aucune cachexie. Un peu de gêne de la mastication. Pas de ganglions appréciables dans le voisinage.

M. Verneuil, en présence de l'adhérence à l'os, décide d'extirper le néoplasme en réséquant la partie correspondante du maxillaire inférieur.

L'opération est pratiquée le 12 *janvier* 1885. La chloroformisation du malade fut des plus laborieuses. Elle fut très longue, et le sujet eut une agitation considérable. (D'ailleurs, il est employé d'octroi et avoue des excès alcooliques.) Lèvre fendue verticalement depuis la commissure jusqu'au bord inférieur de la mâchoire inférieure. Puis, le long de ce bord, incision perpendiculaire à la précédente, allant de l'angle à la symphyse et longeant le bord supérieur de la cicatrice. Le maxillaire inférieur, après dénudation, est réséqué sur une étendue de 4 à 5 centim. à partir de la symphyse. Puis le néoplasme fut enlevé au thermo-cautère, en dépassant largement les limites du mal. Suture de l'incision verticale de la lèvre inférieure. Pansement à l'iodoforme de la région sus-hyoïdienne. Pendant l'opération, il y a eu ligature de la coronaire, de la faciale et de la linguale.

Le lendemain, le malade allait assez bien. Il n'avait à peu près pas de fièvre. Seulement, la déglutiton était difficile.

Mais le surlendemain, à la visite du matin, le malade fut trouvé en proie à de la toux, à de la dyspnée, et depuis deux ou trois heures déjà une hémorrhagie s'était manifestée. La compression fut d'abord exercée sur la plaie sus-hyoïdienne à l'aide d'une éponge; le sang s'écoula par la bouche. Alors la suture fut défaite; la réunion par première intention s'y était bien effectuée. La plaie bâillant largement, M. Verneuil la débarrassa des caillots qui l'encombraient; une artériole donnait sur la base de la langue. Elle fut saisie avec une pince et puis liée.

Le 16 *janvier*, à 4 heures du soir, nouvelle hémorrhagie, moins intense que la première. L'interne de garde prit le vaisseau avec une pince à forci-pressure et fit la torsion.

Le 17 *janvier*, sulfate de quinine, 1 gramme. La température continue à ne pas dépasser 38°.

Le 18 *janvier*, matin, le malade va bien; il a seulement été un peu agité pendant la nuit. Sulfate de quinine, 1 gr. A 6 heures du soir, hémorrhagie assez légère, mais durant depuis environ une heure Le pansement est enlevé; ablation de caillot; lavage à l'eau vinaigrée : l'hémorrhagie s'arrête. A 10 heures du soir, nouvelle hémorrhagie, plus grave. Caillots abondants sous la langue. Après les avoir enlevés, on constate l'existence d'un jet de sang volumineux. Pince à demeure.

Le 19 *janvier*. Le malade a remarqué que c'est lorsqu'il boit que le sang s'écoule. Il sera dorénavant alimenté par la sonde nasale (qui est introduite avec la plus grande facilité, par le malade lui-même, dès la seconde fois). Homme pâle, affaibli.

Le 21 *janvier*. M. Verneuil constate sur les parois de l'urinoir un dépôt abondant, d'une couleur rose des plus nettes. A ce propos, dans sa clinique, il insiste sur l'existence d'une lésion hépatique chez le malade. Cette lésion, probable en raison de l'alcoolisme incontestable, est certaine maintenant. (Teinture de Beaumé, X gouttes; bicarbonate de soude, 2 grammes.)

Le 22 *janvier*. La nuit dernière, le malade a eu quelques petits frissons et un peu de sueur; mais ce matin, il est sensiblement apyrétique (37°,4), et son facies est bon.

A partir de ce moment, amélioration graduelle.

6 *février*. Le malade va très bien. Il se plaint seulement de souffrir un peu dans la joue, et en effet il existe à ce niveau, sur le maxillaire, une petite esquille, qui est retirée avec une pince. La base de la langue, la joue sont souples; mais il y a un bourgeon douteux, fort circonscrit d'ailleurs, à la région sus-hyoïdienne. L'examen micrographique pratiqué par M. Nepveu démontre qu'il y a bien là une dégénérescence épithéliale.

13 *février*. Le bourgeon néoplasique est extirpé largement au thermo-cautère. Un coup de pince de Liston abat encore un peu de maxillaire, près de la symphyse. Puis suture de la lèvre.

Aucun accident ne survint après cette intervention (1).

21 *février*. Engorgement dur, gros comme une noix, dans la région sous-maxillaire gauche.

26 *février*. La tuméfaction semble diminuer un peu.

27 *mars*. Après avoir diminué pendant quelques jours, l'engorgement sous-maxillaire gauche reste stationnaire. Les dents de la moitié gauche du maxillaire sont très gênantes. Elles sont ébranlées et sont reportées en dedans, si bien qu'elles viennent offenser la voûte palatine. Le malade est de nouveau soumis au chloroforme. Cette fois, il se débat fort peu et l'anesthésie est aisément obtenue. M. Verneuil pratique alors l'extraction des dents, et ensuite, par une incision parallèle au bord inférieur de la mâchoire, il extirpe la glande sous-maxillaire et les ganglions voisins. La glande est certainement enflammée. Il y a dans les ganglions quelques points où la dégénérescence épithéliale est évidente.

Le lendemain de l'opération, une poussée fébrile assez forte survint; mais la défervescence fut rapide, et actuellement (6 avril) la plaie sus-hyoïdienne gauche est en bonne voie. La cicatrice de droite est entièrement achevée et est parfaitement souple.

Obs. II. Fr...., Jean, 56 ans, mécanicien, entré le 13 janvier 1885, salle Michon, lit n° 13 (hôpital de la Pitié, service de M. le professeur Verneuil). — Antécédents héréditaires nuls au point de vue rhumatismal ou néoplasique. Lui-même n'a jamais eu de douleurs articulaires, et il se porte habituellement bien. Fume passablement la pipe. Début il y a environ dix-huit mois. Il est venu au plancher de la bouche un petit bouton qui, à la consultation de l'hôpital Saint-Louis, a d'abord été pris pour un abcès; mais un coup de bistouri n'a donné issue qu'à du sang.

La tumeur s'est accrue graduellement, et elle a été enlevée par M. Péan, le 5 janvier 1884. L'opération a été faite par la voie buccale, sans que le malade restât à l'hôpital. Dix-huit jours après, il reprenait son travail. Il y a environ trois mois, il a commencé à ressentir des douleurs dans le plancher de la bouche, et il s'est développé là une tuméfaction dure qui a augmenté rapidement.

Actuellement. — Il y a en arrière de la symphyse une masse grosse comme une forte noix, dure, adhérente à l'os, envahissant un peu le frein, mais sans gagner la langue. La tumeur se prolonge surtout à gauche, et là gagne notablement vers la région sus-hyoïdienne. Sur la ligne médiane, en avant du frein, il y a une ulcération assez pro-

(1) Nous avons pu, depuis la présentation de cette observation, ajouter quelques mots sur la marche consécutive de l'affection.

fonde, anfractueuse, large comme une pièce de 20 cent. Un ganglion dur, mais roulant sous le doigt, se sent un peu au-dessous de l'angle de la mâchoire, à gauche. Rien de bien appréciable dans le reste de la région sus-hyoïdienne.

26 *janvier*. L'anesthésie chloroformique est fort longue à obtenir, et le malade se débat avec violence. L'alcoolisme, qui s'est ainsi manifesté, a d'ailleurs été avoué le lendemain par le patient. Une incision médiane est faite à la lèvre et au menton, tombant perpendiculairement sur une incision faite à la région sus-hyoïdienne, sous le bord inférieur du maxillaire, également à droite et à gauche de la symphyse. Les deux lambeaux sont alors disséqués, de chaque côté. Résection de 4 centimètres environ du maxillaire supérieur. Extirpation au thermo-cautère de tout le plancher de la bouche et des deux glandes sous-maxillaires, avec les glanglions voisins. Ligature des deux faciales, des deux canines. Une anse élastique passée dans la base de la langue l'attire en avant, pour remplacer les génioglosses. Suture de l'incision verticale et de la moitié gauche de l'incision horizontale. Pansement à l'iodoforme dans la cavité restée béante à droite. Le malade a été immédiatement nourri à la sonde nasale.

28 *janvier*. Va bien. A seulement les urines fortement rosées, formant un dépôt abondant sur les parois du vase. (Noix vomique, 0.02; bicarbonate de soude, 2 gr.)

30 *janvier*. Ce matin, légère hémorrhagie, ayant duré environ une demi-heure et ayant fourni à peu près un verre de sang. Elle s'est arrêtée spontanément. Le malade dit que le sang est parti pendant un effort de toux. Les urines sont toujours roses. Le soir à 8 heures, nouvelle hémorrhagie, légère encore.

31 *janvier*. Vers 2 heures du matin, encore une hémorrhagie. Le sang s'écoule toujours par l'angle gauche de la plaie. M. Verneuil fait un débridement à cet angle. On tombe sur une masse de caillots putrides; une pince est placée sur la faciale source du sang. La cavité, bien détergée, est pansée avec une boulette d'ouate saupoudrée d'iodoforme. Mais on constate dans ces manœuvres que le bout de la langue se sphacèle. A 9 heures du soir, une hémorrhagie assez forte. Deux pinces sont placées.

1er *février*. Le matin, va assez bien; mais le soir, à cinq heures, hémorrhagie intense, difficile à arrêter. Elle se reproduit encore dans la nuit, à une heure du matin.

2 *février*. Homme très pâle, cireux, faible, ne bougeant guère. M. Verneuil désunit alors complètement les sutures. La réunion s'était bien opérée. La cavité est remplie de caillots très putrides. Des eschares molles recouvrent sa paroi. Odeur infecte. Après nettoyage rigoureux de la cavité, on constate que rien ne saigne pour le moment. Une pince attire au dehors la pointe de la langue: La plaie est pansée à l'iodoforme. Les pinces déjà placées sur les artères qui saignaient les jours précédents sont laissées en place.

3 *février*. Pas d'hémorrhagie; mais le malade commence à tousser beaucoup.

4 *février*. Il tousse de plus en plus. Toux petite, sèche, sans expectoration, incessante, très fatigante. Malade agité. A 4 heures du matin, pendant une quinte de toux, une des pinces s'est détachée et il en est résulté une hémorrhagie (environ 2 à 300 gr.), par un vaisseau situé sous la base de la langue. La température est à 37°.

5 *février*. Fièvre vive, sans frisson.

Augmente encore le 6 *février*; reste stationnaire le 7. Dyspnée, toux de plus en plus vive. A l'auscultation (qui a été négligée le premier jour), des deux côtés râles muqueux, abondants, dans presque toute la hauteur du poumon. A droite, à la base, matité; râles plus fins. Vers la partie moyenne, souffle assez étendu.

Mort le 8 *février*, à 7 heures du soir.

Autopsie le 10 février, à 10 heures du matin. — *Encéphale* et *reins* sains. — *Rate* grosse, diffluente. — Le *péritoine* est rempli d'une sérosité fortement purulente, et quelques fausses membranes molles existent sur les anses intestinales, dont la surface péritonéale présente quelques arborisations vasculaires.— Le *foie* est volumineux; il pèse 1,960 grammes; sa surface est granuleuse. A la coupe, la couleur est jaune assez clair; mais la consistance est certainement légèrement exagérée. L'examen histologique a montré qu'il y avait une sclérose intralobulaire au début, avec stéatose considérable des cellules hépatiques. — Les deux *poumons* sont congestionnés et présentent des noyaux de broncho-pneumonie. Le lobe inférieur du poumon droit n'est plus qu'un détritus gangréneux.

Réflexions. — Les deux observations qui précèdent sont fort analogues en ce qui concerne les hémorrhagies secondaires. Cette complication a toujours été considérée comme particulièrement fréquente dans les opérations qui intéressent la langue et le plancher de la bouche. Cela relève de plusieurs causes, parmi lesquelles il faut ranger les mouvements des organes lésés et, d'autre part, l'impossibilité d'assurer l'asepsie de ces plaies cavitaires, forcément en communication, par la bouche, avec l'air extérieur. — Dans nos deux observations, il ne semble pas qu'il s'agisse d'hémorrhagies septicémiques. L'étude du tracé thermométrique est contraire à cette interprétation. Les hémorrhagies de cette nature s'accompagnent toujours d'une hyperthermie intense. Or, ici, dans les deux cas, la température n'a jamais dépassé 38°,6 pendant que les hémorrhagies se produisaient, et si dans la seconde observation elle a atteint un degré plus élevé, cela ne s'est produit que lorsque, après cessation des hémorrhagies, la gangrène pulmonaire est survenue. Dans l'obs. I, on pourrait incriminer avec plus de raison les mouvements de la langue et du plancher buccal lors de la déglutition, car la cessation des hémorrhagies a coïncidé avec l'emploi de la sonde nasale pour alimenter le malade. Mais il est bien évident que le sujet avait une prédisposition fâcheuse aux hémorrhagies secondaires : lorsque, l'année précédente, il avait été opéré par M. Kirmisson, le même accident s'était produit, après une intervention beaucoup plus bénigne. Au reste, pour le second malade, l'alimentation par la voie nasale a été pratiquée dès le premier jour, et néanmoins l'hémostase consécutive a été insuffisante.

Après avoir insisté sur les divers points que nous venons de signaler, M. Verneuil a constaté que les urines de ces malades laissaient déposer sur la paroi en verre de l'urinoir une couche d'un dépôt rose, qu'il appelle acide rosacique et dont, depuis longtemps déjà, la signification pathologique a attiré son attention. Cela indique l'existence d'une lésion hépatique; or, ces lésions sont remarquables par leur fâcheuse tendance à provoquer des hémorrhagies secondaires. Chez nos deux malades, l'alcoolisme indiscutable permettait de penser que cette induction était légitime; la réalité du fait a été vérifiée sur celui des deux qui a succombé. L'autopsie a montré que le foie était atteint d'une de ces cirrhoses hypertrophiques graisseuses, constamment alcooliques d'après Gilson, que l'on commence à connaître depuis quelques années. Dans ce cas, la mort a été causée par une gangrène pulmonaire. C'est encore là un accident qui n'est malheureusement pas rare à la suite des opérations pratiquées sur la cavité buccale. Souvent on invoque la gêne de la déglutition qui résulte du traumatisme chirurgical; les aliments passent dans l'arbre aérien, et de là des broncho-pneumonies gangréneuses alimentaires. Ici, cette étiologie semble erronée; l'alimentation a constamment été faite en injectant la nourriture par une sonde en caoutchouc introduite dans les fosses nasales et de là dans l'œsophage.

Il reste donc à se demander s'il n'y a pas eu déglutition vicieuse des produits plus ou moins putrides sécrétés à la surface de la plaie buccale, ou bien s'il ne suffit pas de l'air respiré, se chargeant, en traversant la cavité buccale, des micro-organismes septiques contenus dans ces produits. Peut-être aussi y a-t-il là une influence générale; notre ami Denucé nous a raconté à ce propos que, dans le service de son père, à Bordeaux, il a vu une véritable épidémie de broncho-pneumonies gangréneuses à la suite d'opérations faites sur la bouche, et à ce moment une gangrène pulmonaire a également emporté un amputé de cuisse.

13. M. Regnier présente le cerveau d'un homme à antécédents alcooliques, qui avait déjà eu deux attaques apoplectiques. La mémoire affaiblie, la marche tremblottante et traînante, une difficulté de se retourner, des *mouvements épilepti ormes*, et surtout la déviation des yeux en haut et en dedans, avaient fait diagnostiquer une *lésion cérébelleuse*. L'autopsie a montré en effet, à la face inférieure de chacun des lobes du cervelet, une dépression tapissée par une couche d'un millimètre d'épaisseur, jaunâtre et indurée.

MM. Ballet et Babinski rappellent des cas présentés par eux. de lésions cérébelleuses avec attaques épileptiformes.

14. Kyste hydatique de la colonne vertébrale. — Myélite par compression; par M. Hontang, interne des hôpitaux.

La nommée A..., Caroline, 53 ans, modiste, entre le 3 janvier 1885, à l'hôpital Tenon, service de M. Robert Moutard-Martin. Bonne santé habituelle, pas d'antécédents syphilitiques. Tempérament nerveux. Elle aurait été soignée, en 1873, pour un corps fibreux de l'utérus. Depuis 4 mois, la malade a commencé à éprouver des douleurs vagues dans les membres inférieurs, elle s'est alitée à cette époque et a maigri très rapidement.

Etat actuel. Amaigrissement extrême. Douleurs vives dans les deux membres inférieurs, continues avec des acerbations passagères, mais ne présentant pas le caractère des douleurs fulgurantes de l'ataxie. Jamais de douleurs en ceinture, ni de crises viscérales. Pas de points douloureux localisés, mais les moindres mouvements arrachent des cris à la malade.

Atrophie des masses musculaires des membres inférieurs. Impotence fonctionnelle, les mouvements ne se font qu'avec une grande difficulté. Pas d'incoordination des mouvements. Pas d'anesthésie. La malade présente une déviation latérale de la colonne vertébrale qu'elle dit exister depuis son enfance. La pression des apophyses épineuses est légèrement douloureuse à la région lombaire. L'examen des viscères ne dénote rien d'anormal.

Quelques jours après son entrée, survient de la rétention d'urine qui ne dure que 2 jours.

12 janvier. Apparition d'une eschare au sacrum. Paraplégie complète. Œdème des jambes. Incontinence d'urine et des matières qui persiste jusqu'à la mort. Les douleurs ont augmenté d'intensité. On porte le diagnostic de myélite sans déterminer sa cause, l'examen de la malade étant très difficile à cause des vives douleurs qu'elle éprouve.

A partir du 21 janvier, surviennent des troubles trophiques sous forme de plaques érythémateuses, de bulles et d'eschares, d'abord aux membres inférieurs, où ils sont symétriques et se montrent sur tous les points comprimés au niveau des saillies osseuses. Anesthésie des membres inférieurs remontant jusqu'aux genoux. Plus tard, les troubles trophiques apparaissent aux membres supérieurs sans affecter une symétrie aussi parfaite. Pas de paralysie ni anesthésie.

26 janvier. En examinant la malade, on reconnaît que le foie déborde les fausses côtes, au-dessous de lui, on sent une tumeur superficielle qui disparaît sous la main, et ne peut être retrouvée.

Aggravation de l'état général. Mort le 28 janvier.

Autopsie. Le *foie* volumineux déborde les fausses côtes, au-dessous de lui on trouve le rein déplacé, à cheval par son bord concave sur une tumeur à laquelle il adhère faiblement. C'est sans doute ce rein que l'on avait senti dans les derniers jours, et qui s'était déplacé sous la main. Sur le côté droit de la colonne lombaire existe une *tumeur* volumineuse, s'étendant depuis les fausses côtes jusqu'au détroit supérieur du bassin, remplissant le flanc droit et la fosse iliaque interne. Elle refoule en dedans les nerfs du plexus lombaire et le psoas qui est étalé à sa surface. Tumeur fluctuante, surface lisse blanchâtre, formée de deux poches supérieures arrondies donnant naissance inférieurement à un prolongement allongé, qui est couché dans la fosse iliaque. Adhérences celluleuses lâches aux organes voisins. Elle est rattachée par son côté interne au corps de la troisième vertèbre lombaire qui est ramollie et en partie détruite. En arrière, dans la région lombaire droite, on trouve immédiatement au-dessous de la peau, une poche analogue à la précédente, allongée verticalement, et s'étendant de 4 travers de doigts, au-dessous de la pointe de l'omoplate, jusqu'à 4 travers de doigts au-dessus de la crête iliaque. Elle est séparée de la tumeur antérieure par le carré lombaire, en paraît indépendante, et est rattachée de même à la colonne lombaire. La partie postérieure de la colonne lombaire est ramollie sur une hauteur de 10 cent. environ. Cette substance ramollie, adhère aux méninges, mais il n'y a pas d'adhérences de la moelle avec ses enveloppes. Pas de pachyméningite. La *moelle* est congestionnée dans toute sa hauteur, mais surtout dans son segment inférieur où elle a une consistance dure fibreuse. A l'ouverture des poches, il s'est écoulé un liquide clair, transparent, et de nombreuses vésicules hydatiques où nous avons retrouvé des crochets. On avait donc affaire à un kyste hydatique de la colonne vertébrale ayant pour point de départ le corps des vertèbres lombaires. Le travail d'ostéite qui s'est fait à niveau explique la myélite consécutive, résultat d'une compression. L'évolution latente de la tumeur, sa situation profonde, l'existence d'une scoliose antérieure, l'état de la malade empêchant un examen complet, expliquent comment la tumeur a passé inaperçue. On n'a retrouvé de kyste hydatique dans aucun autre organe.

15. Aortite chronique avec insuffisance et rétrécissement aortique. — Poussées d'endocardite ulcéreuse; par M. Hontang, interne des hôpitaux.

Le nommé C..., Sébastien, 48 ans, cordonnier, entre le 30 janvier 1885, à l'hôpital Tenon, service de M. Robert Moutard-Martin.

Cet homme qui avoue des excès alcooliques, n'a jamais fait de maladies d'aucune sorte. Le 2 janvier 1885, on descendant dans une cave il est pris de frissons et de malaise général qui ne l'empêchent cependant pas de continuer son travail.

Les jours suivants ce malaise continue, ce qui dominait, c'était une grande gêne respiratoire revenant sous forme d'accès, sans douleur localisée.

A son entrée on constate une pâleur extrême de la face, une dyspnée continuelle augmentant au moindre mouvement; pas d'état fébrile, pas de douleur dans la poitrine ni le long du trajet du phrénique. Jamais d'œdème. A l'auscultation, on trouve quelques râles sous-crépitants aux deux bases en arrière. Du côté du cœur, pas de voussure précordiale, pas d'exagération de la matité précordiale. La pointe bat dans le sixième espace un peu en dehors de la ligne mamelonnaire. A l'auscultation, les bruits sont forts et bien frappés. A la base au niveau du deuxième espace intercostal droit on entend un double souffle rude d'insuffisance et rétrécissement aortiques. Nulle part dans la poitrine on ne trouve de double centre de battements. Pouls régulier, bondissant; on diagnostique insuffisance et rétrécissement aortiques de date ancienne, mais rien ne peut expliquer les accès d'oppression survenus depuis peu.

Les jours suivants il survient chaque soir un accès de dyspnée intense que l'on calme par des injections de morphine. Les signes physiques restent les mêmes. La température ne s'est jamais élevée au-dessus de 38°.

Le 8 février, le malade meurt dans un accès de dyspnée.

Autopsie. *Cœur* hypertrophié surtout au niveau du ventricule gauche. Dilatation de la portion ascendante de l'aorte. A l'ouverture, on trouve dans toute l'étendue de l'aorte thoracique, des plaques d'aortite ancienne molles non calcaires, ces plaques deviennent confluentes à mesure qu'on se rapproche de l'orifice aortique. Les valvules sigmoïdes sont insuffisantes, présentent des noyaux calcifiés. Au-dessus du bord libre de la valve interne, sur la paroi

aortique existe un noyau calcaire très saillant, rugueux, allongé tranversalement. La valve qui répond à la cloison est le siège d'un foyer d'endocardite récente ulcéreuse, il existe à sa partie moyenne, une perte de substance déchiquetée anfractueuse occupée par un caillot; valvule mitrale épaissie, opaline. Plaques d'endocardite pariétale sur le ventricule gauche. Les orifices des artères coronaires sont normaux, mais tout le long de ces artères, il existe des plaques fibreuses et calcaires. Rien dans le cœur droit. *Poumons* atélectasiés. Symphyse pleurale à gauche.

Foie congestionné, volumineux. Dans aucun organe on ne trouve de traces d'embolies à l'examen macroscopique.

Réflexions. Cette observation nous paraît intéressante à plusieurs titres : 1° L'existence d'une lésion intense et ancienne de l'aorte ayant passé inaperçue ; 2° L'évolution sournoise d'une poussée d'endocardite ulcéreuse, sans grand retentissement sur l'état général, notre malade en effet n'a présenté aucun phénomène fébrile et ne s'est jamais plaint que des accès de dyspnée, il faut aussi signaler l'absence d'embolies ; 3° Les accès de dyspnée peuvent s'expliquer par l'état des artères coronaires, bien qu'il n'y ait eu aucun symptôme d'angine de poitrine bien caractérisé. Le mécanisme de la mort peut aussi être attribué à l'ischémie cardiaque résultant de ces lésions des coronaires.

16. M. Doyen présente l'estomac d'un individu mort avec les signes d'un cancer stomacal avec cirrhose atrophique. A l'*autopsie*, on trouve l'estomac revenu sur lui-même, dont les parois présentent une épaisseur uniforme de près d'un centimètre. C'est un *cancer infiltré*.

M. Ballet pense qu'il faut faire des réserves jusqu'à l'examen histologique : il a présenté un estomac tout à fait analogue, où on n'a trouvé que de la sclérose des parois: c'est la *Lénitis plastique de Brinton*.

M. Gombault a présenté une pièce également semblable, que l'examen microscopique a montré être du carcinôme: cet examen est donc indispensable.

17. M. Doyen présente le cœur d'une femme de 40 ans, affectée d'une *double lésion mitrale avec athérome et dilatation aortique*. Cette dernière lésion est rare à cet âge, et pourrait peut-être être considérée comme l'extension de la lésion mitrale due au rhumatisme.

18. M. Doyen présente un *kyste synovial du poignet*, qu'il a pu disséquer avec ses rapports; il est infiltré dans l'épaisseur de l'aponévrose, sans connexion avec les gaines tendineuses. Il est inséré sur la capsule articulaire, ne communiquant plus avec l'articulation. Ce fait montre l'indépendance de ces kystes vis-à-vis des gaines tendineuses.

M. Kirmisson pense que cette conclusion généralisée serait trop absolue : on n'a jamais, du reste, mis en question le développement articulaire possible de ces kystes.

19. M. Doyen présente des pièces de *pelvi-péritonite tuberculeuse* à point de départ utérin. Il y avait adhérence de tous les organes du petit bassin, phlegmon du ligament large communiquant d'une part avec le cæcum, de l'autre avec la vessie. Dans l'utérus, on trouve de petits foyers tuberculeux. Pas de tuberculose pulmonaire.

M. Cornil dit qu'il faut être très réservé vis-à-vis des tubercules do l'utérus : c'est une lésion très rare.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 4 novembre 1885. — Présidence de M. Duplay.

M. Terrier fait un rapport sur un travail de M. Quenu intitulé : *Tumeurs kystiques végétantes des deux ovaires, tumeurs fibreuses de l'utérus., ablation totale des tumeurs et du corps de l'utérus; guérison.* — D'intéressantes remarques sur l'*ascite dans les tumeurs abdominales*, ajoutent à l'intérêt du travail. Après avoir énuméré et discuté les mécanismes invoqués pour expliquer l'ascite fréquente avec les tumeurs végétantes des ovaires. M. Quenu en donne un neuveau mécanisme qui paraît rationnel; il pense que les saillies bourgeonnantes et l'épithélium qui les revêt peuvent être comparés à des glandes en saillies dont le produit de sécrétion constitue l'ascite.

M. Terrillon cite l'observation d'un kyste *non végétant*, très mobile, qui s'accompagnait d'une ascite énorme ; antérieurement il a vu deux cas semblables.

M. Duplay émet une opinion conforme à celle de M. Terrier ; il n'a observé d'ascite notable que dans les cas de tumeurs végétantes.

M. Lucas-Championnière a toujours vu qu'il s'agissait de tumeurs végétantes quand il y avait de l'ascite. Il n'a jamais guéri une seule des opérées qui présentaient de l'ascite.

M. Verneuil rappelle que la première ovariotomie suivie de succès entre les mains de Nélaton fut faite sur une malade qui présentait de l'ascite.

M. Pozzi a opéré, avec M. Terrier, une jeune fille dont les ovaires étaient atteints d'épithélioma végétant et dont l'ascite exigeait des ponctions très fréquentes. L'opérée est guérie depuis huit ans.

M. Reclus cite un cas analogue ; la guérison survint bien qu'on n'eût pas fait de drainage et elle s'est maintenue depuis des années.

M. Monod tient à faire constater que les trois termes ascite, malignité, végétation, ne doivent point être considérés comme connexes.

M. Terrier croit que les tumeurs non revêtues d'épithélium provoquent de l'ascite par inflammation chronique du péritoine, mais que cette ascite est très différente de celle qui accompagne les tumeurs végétantes et dont il vient d'être question.

A propos de l'indication de drainer, après l'ablation de ces tumeurs, M. Terrier est d'avis que, la cause étant enlevée, l'ascite ne se reproduira plus et qu'il n'y a pas lieu de drainer.

M. Pozzi présente une malade à laquelle il a réséqué le coude, il y a 4 ans, pour une ankylose rectiligne. Actuellement elle jouit de tous les mouvements de l'articulation normale, y compris ceux d'extension. La résection avait été faite par la méthode sous-périostée.

M. Gillette rapporte une observation d'hystérectomie vaginale qu'il a pratiquée à l'hôpital Tenon sur une femme de 45 ans atteinte d'épithélioma du col utérin : l'organe fut assez facilement abaissé, cependant la pince à trois griffes lâcha plusieurs fois le tissu friable du col : en décollant la vessie de la surface antérieure de l'utérus, on fit à cet organe une petite déchirure ; les ligaments furent liés, l'utérus renversé, le cul-de-sac postérieur incisé ; une hémorrhagie par les artères vaginales fut arrêtée par la compression avec une éponge. L'opérée a guéri rapidement. Une deuxième hystérectomie a donné un résultat contraire. M. Gillette a noté chez ses deux opérées un collapsus post-opératoire très prononcé.

M. Ledentu communique l'observation d'une femme de 35 ans à laquelle il a fait l'hystérectomie vaginale pour un épithélioma du col; l'abaissement fut facile, facile aussi le décollement de la vessie : quatre ligatures furent posées sur le ligament large du côté droit et le ligament fut sectionné ; il fut procédé de même à l'égard du ligament gauche. Une légère hémorrhagie par les artères vaginales fut arrêtée par un petit tampon. L'opérée succomba dans la journée et l'autopsie n'a donné aucune raison de la mort, qu'il faut sans doute attribuer au *schock*, à défaut de désignation plus précise. M. Ledentu fait remarquer que le corps utérin est notablement augmenté de volume et qu'il est sans doute atteint par la dégénérescence.

M. Ledentu, préoccupé du voisinage de l'uretère et désireux de connaître ses rapports précis avec le col utérin, a prié M. Walter de préparer une pièce qu'il présente et sur laquelle on peut voir que les uretères passent à une distance suffisante du col pour qu'il ne soit point facile de les

atteindre à moins d'aller les pincer en plongeant avec une pince hémostatique.

M. Trélat a trouvé aussi un corps utérin énorme lors d'une hystérectomie, et cependant l'histologie n'y a révélé que de la métrite parenchymateuse. Paul Poirier.

Séance du 11 *novembre* 1885. — Présidence de M. Duplay.

M. le Président offre, de la part de l'auteur, M. Arthur Heulhard, un ouvrage fort intéressant sur Rabelais médecin.

Hystérectomie vaginale. — M. Richelot rapporte une observation ; l'opérée a succombé à une péritonite causée par une hémorrhagie pelvienne. M. Richelot résume les opérations récentes, il insiste sur ce point que la ligature est le temps difficile de l'opération, et la chute de la ligature le danger principal. Il a la pratique conseillée déjà, de prendre les ligaments larges entre les mors d'une longue pince hémostatique qui doit être laissée en place pendant vingt-quatre heures. Le temps le plus difficile et le plus dangereux d'une opération excellente d'ailleurs, sera ainsi supprimé.

M. Marchand a fait, il y a une quinzaine de jours, une hystérectomie vaginale et n'a éprouvé aucune peine à sectionner les ligaments larges. Il cite Muller, section médiane de l'utérus.

M. Terrillon dépose l'observation de tumeur ovarienne compliquée d'ascite, dont deux cas dans lesquels l'épanchement avait la couleur et l'odeur du petit lait.

M. Gillette n'est pas partisan de la section médiane de l'utérus ; la ligature des ligaments larges devient plus facile quand on laisse remonter l'utérus au moment de la faire.

M. Lucas-Championnière fait un rapport sur plusieurs observations de *trépanation* du crâne dans des cas d'hémorrhagie traumatique, adressé à la société par MM. Chavasse, Kirmisson, Alvarez.

M. Chavasse est partisan de la trépanation hâtive, M. Kirmisson a rencontré un cas dans lequel la trépanation ne pouvait être utile ; l'observation de M. Alvarez est extrêmement intéressante au point de vue de la doctrine des localisations cérébrales.

M. le Rapporteur estime que la trépanation, opération peu grave en elle-même, va entrer dans une phase active et bienfaisante ; il conseille d'inciser la dure-mère pour aller à la recherche des épanchements profonds, lorsque les accidents persistent après la trépanation.

M. Poulet pense que lorsque les accidents persistent douze heures après l'opération d'un trépan tardif, il y a lieu d'inciser la dure-mère pour aller à la recherche d'une collection profonde.

M. Gillette exprime le regret de n'avoir point suivi cette conduite dans un cas où l'autopsie démontra l'existence d'un abcès cérébral.

M. Terrier rappelle la pratique de certains chirurgiens américains qui, après l'ablation de la couronne de trépan, non seulement perforent la dure-mère, mais encore vont à la recherche des collections sous-jacentes en enfonçant vers les divers points du cerveau un trocart à pointe mousse.

M. Polaillon a eu l'occasion une fois d'inciser la dure-mère après trépanation ; il put ainsi évacuer un abcès situé au-dessous de la dure-mère. L'opéré eût sans doute guéri, si des parents aussi bien intentionnés que mal inspirés ne l'avaient enlevé de l'hôpital pour le transporter au loin.

M. Lucas-Championnière rappelle la statistique récente de J. Boukel, 9 cas, 9 guérisons, très favorable à l'opération.

M. Marc Sée cite le travail d'un auteur allemand, contenant un grand nombre d'observations toutes favorables à la trépanation qui doit être faite chaque fois qu'il existe des symptômes de compression ; il faut excepter de cette règle les enfants chez lesquels on voit assez souvent l'enfoncement se réparer de lui-même.

M. Pozzi a vu, dans les hospices d'aliénés de la Seine, des cals vicieux de fracture du crâne devenir l'origine d'une paralysie générale, donc, outre les accidents primitifs, il faut faire entrer en ligne de compte, dans les indications du trépan, la possibilité d'accidents consécutifs très tardifs, de l'ordre de ceux dont il vient d'être parlé.

M. Tillaux est grand partisan de la trépanation quand il y a des symptômes de compression, mais il hésite à aller jusqu'à trépaner dans les cas où, avec un enfoncement des os du crâne, il n'y a pas le moindre symptôme de compression.

M. Berger pense qu'un grand nombre de chirurgiens partagent les hésitations de M. Tillaux.

M. Le Fort, grand partisan de trépan, à l'époque où la majorité des chirurgiens, et en tête d'eux Malgaigne, le repoussait, ne pense qu'on doive revenir au *trépan préventif*, car on voit guérir sans complications nombre de fractures avec enfoncement.

M. Lucas-Championnière a étudié un grand nombre de cas de fractures du crâne avec enfoncement qui n'avaient pas été trépanés, ces faits sont très favorables à la trépanation dont la gravité a considérablement diminué.

M. Trélat fait un rapport sur deux observations : adressées par M. Gendron, l'une a trait à une blessure du crâne par arme à feu, la balle s'arrêta sur l'apophyse zygomatique ; la deuxième observation montre l'application d'une nouvelle méthode d'anesthésie applicable aux sujets chez lesquels le chloroforme est contre-indiqué. L'opium et le chloral à l'intérieur associés à des injections locales de chlorhydrate de cocaïne permirent d'enlever sans douleur une tumeur du sein ; la malade pouvait suivre l'opération dans ses divers temps, elle avait les sensations tactiles, mais nulle sensation douloureuse.

M. Lucas-Championnière présente un malade auquel il a fait la cure radicale d'une hernie congénitale incoercible par bandage ; le succès a été complet. M. Lucas-Championnière attribue la persistance des succès qu'il obtient par l'antisepsie à la manœuvre suivante : il attire le péritoine autant qu'il le peut en dehors du collet et le sectionne à ce niveau.

Au cours de la séance la société a nommé les commissions des prix :

Prix Laborie. — Heurteloup, Gillette, Polaillon, Nepveu, Monod.

Prix Demarquay. — Verneuil, Tillaux, Ledentu, Marchand, Humbert.

Prix Gerdy. — Trélat, Sée, Anger, Richelot, Bouilly.

Prix Duval. — Marjolin, Terrier, Delens, Lucas-Championnière et Pozzi. Paul Poirier.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 28 *octobre* 1885.— Présidence de M. Duhomme.

M. le Secrétaire général lit l'éloge de M. N. Guéneau de Mussy, fondateur de la Société.

M. P. Vigier, revenant sur de précédentes recherches, entretient la Société à nouveau : de la neutralisation de la puissance digestive de la pepsine par l'alcool ; de l'addition de l'acide phosphorique au vin de quina phosphaté pour le rendre limpide et de la solution de la terpine dans la glycérine et l'alcool.

M. C. Paul pense qu'on aurait grand intérêt à connaître la quantité exacte d'alcool qui limite la puissance digestive de la pepsine, étant donné surtout ce fait en apparence contradictoire qu'on voit des personnes prendre pour favoriser la digestion, une certaine quantité d'alcool après le repas.

M. P. Vigier dit qu'au-dessous de 15 0/0 de titre alcoolique la solution de pepsine conserve son pouvoir digestif.

M. Catillon partage l'opinion de M. Vigier, opinion qu'il avait d'ailleurs soutenue dans une note antérieure aux communications de cet auteur.

M. Dujardin-Beaumetz s'est demandé depuis longtemps pourquoi l'alcool était favorable aux uns et défavorable aux autres. M. Ch. Richet ayant démontré qu'il rendait plus acide le suc gastrique, il a là toute une série d'indications en rapport avec les formes particulières de dyspepsies alcalines ou acides.

M. C. Paul fait remarquer que les Russes, à l'inverse des Français, prennent de l'alcool avant le repas ; l'action digestive de l'alcool varie-t-elle donc suivant le moment où il est absorbé.

M. C. Paul rappelle la coutume usitée en Normandie de prendre de l'alcool au milieu du repas ; à la suite de cette ingestion, il doit y avoir probablement sécrétion nouvelle de suc gastrique.

M. P. VIGIER insiste sur la nécessité d'un milieu acide pour que la pepsine produise tous ses effets : aussi faut-il absolument proscrire l'association de poudres alcalines et particulièrement du bicarbonate de soude.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ rappelle à ce sujet que M. Ch. Richet a démontré expérimentalement que les alcalins à haute dose *tuaient* complètement le suc gastrique.

M. CATILLON a pu associer les trois phosphates de soude, de chaux et de potasse, en évitant, par l'emploi du phosphate mono-calcique de chaux, la réaction défavorable qui se produisait ordinairement. Il a même pu les associer au quinquina. Voici quelle est sa formule :

Phosphate de potasse.	1	gramme.
Phosphate de soude.	2	—
Phosphate mono-calcique.	3	—
Vin de quinquina à la glycérine. .	300	—

Un verre à liqueur de ce vin renferme 50 centigrammes de phosphate.

M. P. VIGIER fait observer que M. Catillon a employé un procédé presque identique au sien. En effet, la faible quantité d'acide phosphorique qu'il emploie est ici remplacée par le phosphate mono-calcique qui contient un excès suffisant d'acide phosphorique. GILLES DE LA TOURETTE.

SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE

Séance du 5 *novembre* 1885. — PRÉSIDENCE DE M. DUREAU.

A propos d'une communication faite par M BONNARD, rappelant la théorie de M. LUYS sur la locomotion du cerveau, réédition d'une question déjà vieillie, M. LABORDE fait remarquer que si on examine, par exemple, l'encéphale d'un décapité peu après la mort, ainsi qu'il l'a fait, on voit qu'il existe un vide marqué entre le cerveau et la voûte crânienne, mais que si alors on met la carotide en relation avec celle d'un chien vigoureux, l'ondée sanguine que le cœur de l'animal envoie dans ce cerveau vide de sang le remplit à nouveau, le distend et qu'il n'existe plus que le très minime espace qu'occupait pendant la vie le liquide céphalo-rachidien. Donc à l'état normal le cerveau, rempli de sang, augmente ou diminue de volume selon l'afflux sanguin, mais ne présente pas de mouvements de locomotion.

M. MANOUVRIER donne une autre preuve de la non-locomobilité du cerveau. Il fait remarquer qu'il existe à la surface du crâne des sillons, correspondant exactement aux divisions des artères méningées, ou des dépressions reproduisant exactement la forme des circonvolutions, principalement marquées au niveau du lobe orbitaire, mais parfois aussi sur toute la surface endocrânienne. Or, si le cerveau se mouvait, comment ces empreintes pourraient-elles se produire et subsister? Il est donc nécessaire que les rapports du contenant, le crâne, et du contenu, le cerveau, soient absolument immuables.

M. SANSON conclut en disant qu'il y a en effet tout lieu de croire que le cerveau est animé de mouvements d'expansion et de retrait, ainsi que les expériences bien connues surtout de Franck le démontrent, et que c'est à cela que se bornent ses mouvements.

M. LABORDE a expérimenté le curare dont étaient enduites des flèches provenant de collections recueillies en l'an cinq de la République, à l'instigation de Lakanal et conservées actuellement au musée du Trocadéro. Des expériences ont été pratiquées comparativement avec ces flèches, probablement vieilles d'au moins 100 ans et avec des flèches préparées par les mêmes populations depuis quelques années seulement. Or l'auteur a pu constater un retard d'à peine deux minutes à deux minutes et demie, entre le moment où ont commencé à agir les flèches anciennes et celui où l'action des flèches récentes s'était manifestée. La toxicité d'ailleurs fût la même.

M. LAGNEAU fait remarquer que l'usage d'empoisonner les armes était très répandu dans l'antiquité. D'après Paul d'Egine, les Daces et les Dalmates se seraient servis, pour cet usage, d'un poison très dangereux lorsqu'il pénétrait par les blessures, et absolument inactif quand on l'avalait. On sait que c'est précisément là une des particularités du curare. Les populations du Haut-Danube empoisonnaient leurs armes avec du venin de vipère; et même au IVe siècle, les Francs d'Outre-Rhin s'en servaient contre les Gaulois. A l'époque préhistorique c'était un usage général. D'après LABORDE, il n'y a pas encore bien longtemps que dans le Midi de la France, on se servait pour la chasse de projectiles empoisonnés. L. CAPITAN.

CORRESPONDANCE

La Faculté de médecine de Nancy (1).

Nancy, 4 novembre 1885.

Monsieur le Rédacteur en chef et très honoré Confrère,

Je regrette de n'avoir pas, comme vos correspondants des années dernières, à vous signaler d'importantes améliorations réalisées cette année à la Faculté de médecine de Nancy. Vos lecteurs connaissent l'installation de la Faculté proprement dite, celle de nos hôpitaux et surtout celle de notre grand hôpital des cliniques. Après avoir obtenu de si belles choses, une année de répit n'a rien qui doit nous décourager ni nous faire désespérer de nouveaux progrès. Il y a sans doute encore beaucoup à faire. L'achèvement de l'hôpital civil, d'après le plan primitif, s'impose à brève échéance. Depuis que nous possédons un établissement vraiment modèle, l'idée d'hôpital n'effraie plus la population nancéienne, comme au temps de l'antique Saint-Charles, le nombre des demandes d'entrée va sans cesse en augmentant, nous serons bientôt à l'étroit dans les bâtiments actuels et si les fonds départementaux nous permettaient de recevoir encore deux ou trois fois plus de malades de la campagne, la science et l'humanité y trouveraient leur compte.

D'autre part, nous désirons depuis longtemps déjà la translation d'une partie au moins des locaux de la Faculté, de l'institut anatomique, par exemple, dans le voisinage de l'hôpital civil. Il est inutile d'insister sur les avantages que présenterait pour les élèves cette translation tant demandée; elle permettrait aussi à nos nombreux laboratoires de prendre plus d'essor. L'idée a fait du chemin ; il ne s'agit plus que d'une question de temps, disons-le aussi, d'une question d'argent ; mais la municipalité nancéienne qui a déjà tant fait pour la Faculté de médecine ne négligera rien pour nous donner au plus tôt une installation tout à fait digne d'un grand centre de travail et d'instruction.

Le nombre de nos étudiants n'a pas varié non plus dans ces deux ou trois dernières années, depuis que l'Alsace-Lorraine ne nous fournit plus qu'un faible contingent de nouvelles recrues. C'est là le résultat un peu fatal du voisinage d'un certain nombre d'écoles secondaires et surtout du voisinage de Paris qui attire toujours l'immense majorité des élèves, la plupart, il faut bien le dire, poussés par l'espoir d'y trouver une vie plus facile ou plus joyeuse, une surveillance moins active qu'en province ; quelques-uns guidés par le désir louable d'y bénéficier d'éléments d'instruction plus variés ou plus étendus.

Et cependant il suffit de jeter un regard sur le tableau des cliniques, cours et exercices pratiques de la Faculté, pour se persuader qu'aucune des branches de l'art de guérir n'est négligée à Nancy, et que les étudiants studieux y peuvent trouver de quoi occuper utilement et largement leurs années d'études sous le contrôle incessant de maîtres dévoués qui se font encore un bonheur de faciliter à leurs élèves les premiers pas dans la carrière et d'applaudir à leurs succès.

Tous nos étudiants qui viennent d'être reçus élèves du service de santé militaire ont été affectés à l'hôpital de Nancy, et continuent par conséquent leurs études à la Faculté ; pourquoi faut-il toujours que chaque année un certain nombre d'élèves soient obligés de nous quitter pour faire leur service militaire à Lille ou ailleurs. Plusieurs fois déjà nos correspondants de Nancy nous ont adressé leurs doléances à ce sujet, je ne puis que m'y associer.

Le personnel enseignant de notre Faculté a également subi quelques modifications cette année; vous avez enregistré déjà

(1) Cette correspondance nous est parvenue trop tard pour paraître dans le *Numéro des Etudiants.*

le passage de M. le professeur Heydenrich à la chaire de clinique, vacante depuis la mort de M. Michel, et la nomination de M. Weiss, agrégé, à la chaire de pathologie externe. Bientôt la chaire de chimie médicale sera également pourvue d'un titulaire ; celle d'histoire naturelle et botanique médicale, et celle d'histologie sont encore vacantes.

Veuillez croire, Monsieur le Rédacteur, à mes sentiments de parfaite confraternité. Dr X...

Le vingt-cinquième anniversaire de la Société de médecine de Berlin.

Monsieur le rédacteur,

Hier soir nous avons célébré une fête admirable : toutes les sociétés ont trouvé place dans la vaste salle de l'Hôtel des Postes, que le directeur, M. Stéphan, veut bien mettre dès aujourd'hui à notre disposition pour les réunions de ce genre. La plus franche cordialité régnait : des représentants de tous les pays étrangers étaient venus nous tenir compagnie. Le professeur Virchow a ouvert la séance à 7 heures 1/2 : après quelques mots de bienvenue, il parle, dans ce langage si lumineux et si clair dont il a le secret, de la fête elle-même. Le débit, qui d'ordinaire est un peu monotone chez Virchow, avait cette fois une allure plus vive : la verve et l'enthousiasme dont l'orateur se sentait envahi avait gagné tous les cœurs.

« Avec la séance d aujourd'hui, a-t-il dit, est close pour nous l'ère des tâtonnements. Notre société, vous le savez, a non seulement pour but de réunir tous les adeptes de la science médicale, mais encore d'opposer une barrière à la spécialisation, qui entraîne l'étroitesse des vues : toutes les branches de la science médicale ont pour nous un égal objet de sollicitude ; nous n'avons eu garde d'oublier d'examiner quelle est la position occupée par le médecin dans la société ; si cette position est actuellement si indépendante, c'est aux efforts de notre société que les médecins le doivent. »

« Le lien moral qui unit tous les membres de notre société est une sauvegarde pour chacun de ses membres : nous n'avons pas eu besoin de décréter des règlements, comme la « *American medical association,* » pour sauvegarder l'honorabilité de nos membres ; l'influence morale de notre société a suffi. Nous pouvons considérer comme un bon présage le fait que le conseiller sanitaire intime, Dr Eulenburg, nous a fait don, aujourd'hui même, d'une somme de 10.000 marks pour aider à la construction d'un bâtiment. »

Ensuite, le professeur Dr Fränkel, secrétaire de la société, en fait l'historique. Retenons de son discours le passage suivant : « La société actuelle est le résultat de la fusion entre la *Gesellschaft für Wissenschaftliche Medizin* (18 membres, tous jeunes, parmi eux Franke, O. Müller, Posner, Wörte : la société fut fondée en décembre 1844), et la *Verein Berliner Aerzte* fondée en mars 1858 La première des deux sociétés était purement scientifique, la seconde destinée à sauvegarder les intérêts professionnels et à cimenter l'union entre les médecins. De la première société ont fait partie, outre les savants cités plus haut, MM. Virchow, Reinhardt, Simon, Leubuscher, Parow, Holstein, J. Reimer, Krieger, Riefe et Jules Meyer ; de la seconde, MM. Græfe, Langenbeck et Krieger. Après diverses tentatives infructueuses, la fusion s'accomplit en 1860, à l'instigation du Dr Bergson. La nouvelle société fut présidée à sa première séance par Langenbeck Les statuts n'ont pas varié depuis cette époque : on a pourtant introduit d'importantes modifications. Le 7 novembre 1860, on a nommé comme premier président. de Græfe ; Langenbeck et Körte comme suppléants : les secrétaires furent Posner, Siegmund, Schweiger et Gurlt, puis MM. Klein et Epstein furent bibliothécaires. Virchow, président de la *Gesellschaft für Wissenschaftliche Medizin* avait refusé la candidature ; la société plus ancienne fut donc représentée au comité par le suppléant Körte, et Græfe resta président jusqu'à sa mort. Langenbeck, actuellement président d'honneur lui succéda ; à son départ pour Wiesbaden, il fut remplacé par Virchow. Les suppléants furent : Körte, 1860-69 ; Bardeleben depuis 1869 : Traube, 1871-73 ; Henoch, 1873-80 et Siegmund, 1880-82 et 1884-85. Klein célèbre aujourd'hui son 25e jubilé. La société a été obre de récompenses, afin quo celles-ci fussent mieux appréciées. Romberg et Langenbeck furent membres honoraires. M. Langenbeck est président d'honneur et Virchow membre honoraire. On n'a pas choisi de membres honoraires étrangers, bien que les statuts le permissent.

Dans les vingt premières années, on eut 24 séances par an : dans les cinq dernières années, 32 à 36, avec plus de 1.000 communications et de nombreuses réceptions de membres. On a d'abord publié les rapports dans la *Deustche Klinik* et la *Centralzeitung.* De 65 à 66, un comité particulier de rédaction publia les discussions dans une feuille spéciale. En 1870, on passa un traité avec la *Klinische Wochenschrift* ; ce traité existe encore et ce journal s'engage à publier les comptes rendus dans le plus bref délai : les rapports, réunis en un volume, sont publiés par le secrétaire de la société. Il y a déjà 25 volumes publiés La bibliothèque contient 3.200 volumes, non compris les thèses, et un cabinet de lecture. Les séances scientifiques ont lieu dans le grand auditoire du bâtiment de la poste (artillerie, train 28), et sont suivies d'une réunion intime. La société a défendu avec la plus grande énergie les intérêts professionnels ; elle a fait une pétition au sujet des métiers et professions, qui est restée la base des lois concernant la pratique médicale. Une demande faite en vue de réfréner l'abus du charlatanisme lui a créé des adversaires : ces derniers cependant sont forcés d'avouer que la société a délivré les médecins de la pression de la censure. On a fondé dans la suite à Berlin des réunions spécialistes, dépendant de l'association générale des médecins allemands, et s'occupant de la déontologie médicale. La société n'a donc plus eu besoin d'être sur la brèche et s'est séparée en 1880 de la réunion des médecins, prouvant que l'association était assez forte actuellement pour se défendre : elle s'est réservée toutefois la faculté d'intervenir dans les grandes occasions ; elle l'a fait en 1884, à propos de la nouvelle législation Badoise. Malgré de nombreux décès et départs, le nombre des sociétaires augmente chaque jour. Du nombre de 204 de 1860 à 1870), les sociétaires passèrent à celui de 300 ; 6 ans plus tard, ils étaient 400 ; 7 ans après 500, et maintenant ils sont 580. C'est dans ces trois dernières années que la société a surtout progressé. La séance se termine par plusieurs communications scientifiques. Samedi 30 décembre, à 7 heures du soir, sera donné un grand diner dans la grande salle du Kaiserhof, pour clore dignement la fête du jubilé.

Dr L. CASPER.

THÉRAPEUTIQUE

Nouveau traitement local de l'eczéma et de quelques autres affections cutanées

Connaissant par expérience les difficultés que les praticiens rencontrent si souvent dans le traitement local des affections cutanées, j'ai cherché à réaliser en un pansement unique les diverses conditions qui paraissent le mieux réussir dans certains cas très fréquents ; et pouvant m'appuyer aujourd'hui sur de nouveaux faits, je viens soumettre à mes confrères le procédé que j'emploie.

Je me suis attaché au traitement local pour plusieurs raisons.

Le traitement général n'est pas celui qui embarrasse d'habitude, et comme il est sujet à variations, il est bon que chacun le détermine suivant le cas et suivant le malade.

Le traitement local, tout en restant difficile dans sa forme, peut se généraliser davantage, en raison des ressemblances qui existent dans les lésions anatomiques. Il est en outre considéré par bon nombre d'excellents esprits, comme le plus actif et le plus rapide ; pour Hébra même c'est le seul véritablement utile. Nous en voyons chaque jour des exemples dans la couperose et dans l'acné, dans le lupus, le psoriasis, l'eczéma. Et le traitement général lui-même n'agit fréquemment que d'une façon simplement locale. Ainsi, l'arsenic, si souvent indiqué, ne modifie la maladie qu'en s'éliminant par la peau. Mais ce traitement local est toujours resté et reste encore incertain, malgré les progrès accomplis.

On a commencé par supprimer les corps gras, les pommades, etc. Puis on a cherché par divers tours de mains

ingénieux à isoler la surface malade des agents extérieurs, tout en y maintenant divers topiques. Le caoutchouc, la gutta, la traumaticine, la gélatine, le collodion, ont été tour à tour employés dans ce but.

Mais il faut bien avouer que ces divers moyens ne sont guère applicables qu'à l'hôpital, ou tout au moins ils obligent le malade à garder la chambre, uniquement à cause de son pansement, ce qui est une cause trop fréquente d'irrégularité dans le traitement, et, partant, une cause d'insuccès.

Ayant obtenu avec un nouveau produit, l'ichtyol, que nous a fait connaître le docteur Unna (de Hambourg), des résultats qu'aucun autre agent ne m'avait encore donnés, j'ai cherché à combiner l'emploi de ce médicament avec un pansement qui fût à la fois permanent, isolant, facile à appliquer par le malade lui-même, et facile à conserver sans nuire à ses occupations habituelles.

J'y suis arrivé au moyen d'une *pellicule* médicamenteuse, — sorte d'épiderme artificiel, très résistante et très souple en même temps, qui adhère parfaitement et sans aucun bandage, qui s'applique en l'humectant simplement avec de l'eau chaude (35 à 40 degrés), et qu'il suffit de renouveler tous les trois ou quatre jours.

On voit à première vue tous les avantages qui ressortent de cette application topique si simple. Quant aux résultats pratiques, les voici :

Dans l'eczéma aigu, mais seulement celui à forme humide, dans toutes les variétés d'eczémas chroniques, notamment l'eczéma des membres inférieurs, où la pellicule, appliquée en bandelettes imbriquées, donne une compression méthodique très favorable, dans le prurigo, dans le lichen, on observera dès la première application un changement des plus favorables. Les démangeaisons cessent immédiatement, les sécrétions se modifient et disparaissent, et à chaque renouvellement du pansement on voit en quelque sorte marcher la guérison.

Dans le psoriasis, les premiers essais ont paru favorables mais c'est une expérience à poursuivre.

Les faits dont je parle n'ont pas été observés par moi seul ; ils ont été confirmés par les observations d'un nombre déjà considérable de médecins, et c'est ce qui m'a décidé à les faire connaître, bien certain aujourd'hui que les praticiens trouveront dans l'emploi de cette pellicule une ressource qui pourra leur rendre les plus grands services.

J'ai déjà indiqué incidemment le mode d'emploi.

On taille dans cette pellicule, qui est en rouleau, un morceau approprié à la partie sur laquelle on doit l'appliquer, unie ou découpée sur les bords, ou bien en bandes ou bandelettes, selon l'indication.

On l'humecte en la laissant surnager un instant sur de l'eau chaude dont la température pourra être supportée par la main. On applique en tamponnant, et en quelques minutes la pellicule fait corps en quelque sorte avec la peau.

Après le second jour, l'action commence à s'épuiser. Il est donc des cas où l'on fera bien de renouveler la pellicule sans plus attendre. Et si l'on éprouve quelques difficultés pour l'enlever, — sur les parties couvertes de poils, par exemple, — il suffira de détacher un angle avec de l'eau chaude, et d'humecter les deux faces en tirant légèrement.

(*Gazette des Hôpitaux*).

BIBLIOGRAPHIE

Obstétrique et gynécologie (*Recherches cliniques et expérimentales*), par le Dr P. Budin, professeur agrégé à la Faculté de médecine, accoucheur de la Charité. 1 vol. de 722 p. — Paris, 1886. O. Doin, libraire-éditeur.

« Pendant le cours d'une longue maladie, l'auteur de ce livre a rassemblé la plupart de ses travaux originaux, qui étaient éparpillés dans différents recueils scientifiques ; il a en outre rédigé un certain nombre de mémoires nouveaux dont il possédait les matériaux. C'est ainsi que ce volume a été constitué. »

Telles sont les premières lignes du court avant-propos placé en tête de son livre par notre ami le Dr Budin. Elles montrent assez la portée de l'œuvre et les circonstances où elle a vu le jour. C'est en effet pendant les courts instants de répit que lui laissaient ses souffrances que l'auteur, avec un courage et une ardeur infatigables, a poursuivi sa tâche et a pu la mener à bien, désireux de mettre jusqu'au bout son travail et ses efforts au service de la science obstétricale, à laquelle il s'est consacré tout entier.

Heureusement, ce travail ne sera pas le dernier. Aujourd'hui, après une longue absence, le Dr Budin nous revient, plein de santé, avec ce livre, à la publication duquel « il n'espérait guère assister. » Qu'il nous permette, au nom de la Rédaction de ce journal, dont il fut toujours l'un des collaborateurs les plus remarqués et les plus assidus, de lui souhaiter la bienvenue et de lui exprimer toute la joie que nous éprouvons de son retour.

L'ouvrage du Dr Budin est divisé en cinquante-cinq chapitres, ou plutôt en tau ant de travaux originaux bien distincts. Afin de donner plus de cohésion à l'ensemble, l'auteur, sans suivre un ordre chronologique, s'est efforcé de grouper les chapitres qui traitent des mêmes parties de l'obstétrique et de la gynécologie. Nous trouvons ainsi successivement différents mémoires sur la ligature du cordon et sur le fœtus, puis des recherches sur les organes génitaux de la femme, des travaux et des observations se rapportant à la grossesse normale et pathologique, à l'accouchement, à la dystocie, enfin à la thérapeutique obstétricale.

Il serait difficile d'analyser un pareil livre dans chacune de ses parties. D'ailleurs, les écrits antérieurs du Dr Budin sont trop connus du public médical et en particulier de nos lecteurs pour que nous y insistions. Nous nous bornerons donc à signaler les mémoires sur *la ligature du cordon* (1875), sur *l'extensibilité des membranes de l'œuf* (1878), sur *la douleur ovarique chez les femmes enceintes* (1879), sur *l'hymen et l'orifice vaginal* (1879), sur *la présentation définitive du siège pendant la grossesse* (1881), sur *la contraction du releveur de l'anus chez la femme* (1881), sur *la situation des œufs dans la grossesse gémellaire* (1882), sur *la sonde pour lavages intra-utérins*, inventée par l'auteur (1884), etc...., tous parus dans le *Progrès médical;* les *Recherches sur la tête du fœtus*, thèse de doctorat de 1876, et une série d'observations qui ont été l'objet d'intéressantes communications faites à diverses sociétés savantes.

Les parties nouvelles que renferme l'ouvrage sont de deux ordres : d'une part, ce sont des notes ajoutées à certains travaux antérieurs ; de l'autre, des observations et des mémoires inédits. Nous les passerons successivement en revue.

Parmi les notes complémentaires, quelques-unes sont assez importantes pour constituer un véritable mémoire nouveau, et occupent tout un chapitre.

Telles sont d'abord celles qui ont trait à la ligature du cordon. Dans son premier mémoire, l'auteur avait établi la supériorité de la ligature tardive sur la ligature immédiate et montré le danger des saignées du cordon dans le cas d'asphyxie du nouveau-né. Ce travail a été le point de départ de nombreuses publications en France et à l'étranger, si bien que « la question a aujourd'hui sa littérature propre ». M. Budin a tenu à mettre fidèlement le lecteur au courant de toutes les recherches nouvelles. Il les indique d'abord dans un index bibliographique soigné ; puis il résume l'ensemble des travaux de Schücking, Helot, Zweifel, Hofmeier, Porak, Ribemont, Gerbaud, etc...., et montre que la plupart d'entre eux sont arrivés aux mêmes résultats et ont confirmé ses conclusions premières. C'est, avec raison qu'il termine ainsi : « En résumé, la presque totalité des travaux publiés dans les différents pays confirme la conclusion générale à laquelle nous étions arrivé en 1875 : *On ne doit pratiquer la ligature et la section du cordon ombilical qu'après la cessation complète des battements vasculaires de cette tige.* »

Un chapitre complémentaire est annexé au mémoire sur l'hymen et l'orifice vaginal. On sait que M. Budin a prouvé

anatomiquement que l'hymen n'est autre chose que l'extrémité inférieure du vagin venant faire saillie entre les petites lèvres. « Cette disposition permet d'expliquer un certain nombre de phénomènes observés au moment des rapports sexuels et de l'expulsion du fœtus, ainsi que les changements d'aspect de l'orifice vaginal et la formation, après le premier accouchement, des caroncules myrtiformes. » Au moment des premiers rapprochements sexuels, il y a le plus ordinairement pénétration après rupture de l'orifice vaginal; mais la pénétration peut avoir lieu aussi après dilatation rapide et facile, ou lente et difficile, de cet orifice, et alors, l'hymen, se laissant refouler, demeure intact. — Pendant l'accouchement, certaines lésions peuvent se produire, qu'expliquent facilement la résistance opposée par l'hymen et l'orifice vaginal. Tels sont la rupture centrale du périnée et le thrombus de la vulve et du vagin : dans le premier cas, l'obstacle apporté par l'hymen à la sortie de la tête est tel que celle-ci se fraye un passage à travers la paroi postérieure du vagin et le centre du périnée ; dans le cas de thrombus, il y a, par suite de la pression de la tête sur l'hymen, décollement de la paroi vaginale, déchirure des vaisseaux qui cheminent dans le tissu cellulaire sous-jacent et épanchement de sang consécutif. — Des considérations médico-légales d'une grande importance résultent de l'examen de l'orifice vaginal. C'est ainsi qu'on pourra souvent, à l'inspection des organes génitaux externes, reconnaître si une femme a eu des rapports sexuels, si elle a accouché, etc.... Toutefois, comme dans certains cas, l'hymen peut demeurer intact, même après l'expulsion d'un fœtus mort ou macéré, le médecin, « si le moindre doute persistait pour lui, ne saurait être trop réservé dans l'expression de son opinion. »

Signalons, à la suite de ce chapitre, des notes sur l'hymen des petites filles, où l'auteur décrit les différentes formes que cette membrane peut affecter, d'après un certain nombre de faits observés par lui; des dessins schématiques reproduisent des dispositions intéressantes à bien connaître.

D'autres notes portent sur les recherches nouvelles entreprises par Credé et Weber sur la ligature élastique du cordon; sur la douleur ovarique et les conclusions de la thèse du Dr Chaignot sur ce sujet; enfin, sur la présentation définitive du siège pendant la grossesse : notons ici un excellent tableau comparatif, où sont résumés les signes fournis par les différents modes d'exploration dans les cas de sommet engagé, de siège élevé et de siège engagé.

Arrivons aux travaux inédits portant sur des sujets nouveaux. Nous signalerons d'abord un mémoire fort intéressant sur la rétention du fœtus mort dans l'utérus. L'auteur passe en revue les cas où le fœtus a succombé soit dans les quatre ou cinq premiers mois de la grossesse, soit au contraire dans les derniers mois. Quand la mort a lieu au début, avant l'apparition des signes de certitude, le diagnostic peut présenter les plus grandes difficultés. Dans les derniers mois, il est surtout basé sur l'absence des battements du cœur et des mouvements actifs du fœtus, sur le gonflement des seins et la présence d'un liquide à la pression du mamelon.... Mais les modifications les plus curieuses sont fournies par le palper : elles varient suivant la durée de la rétention. Lorsque l'enfant vient de succomber, le palper donne des sensations un peu confuses, l'utérus est moins résistant, et offre une consistance pâteuse; on peut sentir les os du crâne chevaucher les uns sur les autres (Negri). Quand le fœtus est mort depuis plus longtemps, s'il reste encore du liquide amniotique, le palper dénote une mollesse des parois beaucoup plus grande que dans le cas précédent. Enfin, lorsque la mort remonte à plusieurs semaines, le liquide amniotique est presque totalement résorbé. Deux cas peuvent alors se présenter : ou bien la mollesse de l'utérus devient telle qu'il est impossible de le distinguer au palper des autres viscères abdominaux, à moins qu'un heureux hasard n'amène une contraction de l'organe sous la main qui l'explore ; ou bien l'utérus forme une tumeur dure, régulière, qu'on peut prendre pour un fibrome. Dans ces deux ordres de faits, mollesse ou dureté exagérée de l'utérus, le diagnostic de la grossesse peut rester très obscur. L'auteur rapporte deux observations caractéristiques où l'expulsion d'un fœtus macéré vint donner la preuve d'une grossesse dont l'existence avait été contestée ou méconnue.

Dans un chapitre sur la rétroversion de l'utérus gravide, le Dr Budin décrit une singulière forme que prend parfois l'utérus, et il en rapporte trois observations personnelles. Après avoir vidé la vessie, on constate l'existence d'une tumeur hypogastrique : elle est due à l'utérus lui-même, dont une partie déborde au-dessus de la symphyse, tandis que le fond de l'organe plonge dans l'excavation. Des figures font parfaitement comprendre cette disposition déjà signalée par d'autres auteurs et récemment par Ahlfeld ; elle s'explique ainsi : « L'utérus gravide maintenu en rétroversion continue à se développer; il remplit l'excavation, se moule sur ses parois et tend à pénétrer là où la résistance est moindre, c'est-à-dire au niveau du détroit supérieur. Plus la grossesse est avancée et plus la partie de l'utérus qui a pénétré dans la cavité abdominale est considérable. » Dans des faits semblables, le cathétérisme vésical suffit ordinairement pour que la réduction s'opère spontanément.

Il nous faut attirer encore l'attention du lecteur sur un travail d'historique dans lequel M. Budin fait connaître les recherches récentes d'Aveling sur les Chamberlens et le forceps. Il établit, d'après l'auteur anglais, l'origine française des Chamberlens et leur généalogie, et prouve que le forceps fut imaginé par Pierre Chamberlen. Levret, en dotant l'instrument d'une courbure pelvienne, le transforma. De nos jours, le professeur Tarnier a fait subir d'importantes modifications au forceps. « Ces trois noms : Pierre Chamberlen, Levret, Tarnier, marquent trois étapes dans l'histoire du forceps. On voit quelle part la France peut réclamer dans l'invention et le perfectionnement de ce merveilleux instrument. »

Nous ne pouvons qu'indiquer rapidement les autres parties nouvelles de l'ouvrage. Ce sont : une curieuse observation de déformation des pouces chez un nouveau-né, consécutive à une position vicieuse dans la cavité utérine ; — une note sur l'action des ligaments ronds et des muscles utéro-pelviens à la fin de la gestation, avec deux intéressantes observations à l'appui ; — un travail sur un signe que peut fournir le palper dans les présentations de la face : ce signe, que M. Budin a indiqué le premier, consiste dans la présence, appréciable au palper, d'une saillie arrondie formée au-dessus du détroit supérieur par le maxillaire inférieur et le menton ; trois cas récents ont été publiés à l'étranger par Fischel et Negri, dans lesquels ce signe a été reconnu pendant le travail ; — une observation d'éclampsie qui prouve l'inefficacité absolue du nitrite d'amyle pour faire avorter les accès convulsifs ; — un fait très instructif de distension d'une corne utérine par du liquide amniotique ; le diagnostic avec un kyste de l'ovaire put être fait parce qu'en repoussant le siège de l'enfant vers la tumeur, on réussit à y faire pénétrer les pieds et à les sentir par la palpation; — une observation de fibrome sous-muqueux du corps de l'utérus, avec présentation de l'épaule ; la tétanisation de l'utérus, s'ajoutant à la présence du fibrome, rendit la version impossible, et l'auteur dut faire l'embryotomie; — une observation d'expulsion de caillots sanguins pendant la grossesse sans avortement, qui montre combien il faut être réservé en présence des hémorrhagies du début de la grossesse, et qu'on ne doit affirmer l'avortement qu'après constatation de l'œuf ; — un cas d'accouchement spontané chez une femme ayant le bassin rétréci par un cal volumineux.

D'après ce simple exposé, on peut voir combien l'œuvre du Dr Budin est à la fois intéressante et considérable. Elle forme un livre de 720 pages, qui renferme un grand nombre de figures et de planches très instructives, et à la publication duquel l'éditeur M. Doin a donné tous ses soins.

Le lecteur retrouvera dans les parties inédites le cachet d'originalité, la clarté et la concision, la richesse de faits

habituels à l'auteur. Enfin, les médecins et les élèves auront l'avantage de trouver, réunis en un seul volume, d'importants travaux épars jusqu'ici ; ils pourront ainsi se mettre facilement au courant de la science obstétricale sur bien des points, et retireront en outre de leur lecture une foule d'enseignements pratiques des plus précieux.

Ch. MAYGRIER.

L'Année médicale.

The Birmingham medical Review d'octobre contient l'appréciation suivante : « Nous avons reçu le *septième* volume de l'*Année médicale*. Cette excellente publication paraît sous la direction du Dr Bourneville, rédacteur en chef du *Progrès médical*, avec la collaboration de plusieurs médecins français bien connus et contient un bon résumé des progrès des sciences médicales pendant l'année 1884. La première partie du livre est consacrée à la médecine et la seconde à la chirurgie. Un index très complet fait de ce livre un dictionnaire commode pour un grand nombre d'observations importantes et intéressantes. »

Bibliothèque diabolique, (n° 111). HISTOIRES, DISPUTES ET DISCOURS DES ILLUSIONS ET IMPOSTURES DES DIABLES, DES MAGICIENS INFAMES, SORCIÈRES ET EMPOISONNEUSES, etc.; par Jean WIER. Aux bureaux du *Progrès médical*.

M. le Dr J. Dreschfeld a publié dans *The medical Chronicle* de novembre la notice suivante : « M. Bourneville, l'éditeur bien connu du *Progrès médical* et auteur de beaucoup d'excellents articles sur les maladies du système nerveux n'a épargné aucune peine pour montrer que les possédées et les sorcières du temps passé (les démoniaques ou les mystiques) étaient simplement des hystéro-épileptiques ou des personnes souffrant de la manie hystérique ou de quelque autre dérangement mental. Le livre de Bourneville sur Louise Lateau est bien connu dans ce pays, mais la *Bibliothèque diabolique* dont deux ouvrages (*Le sabbat des sorcières* et *La prosession de Françoise Fontaine*) ont déjà paru, méritent également d'être largement connus et sont une lecture instructive pour ceux qui s'intéressent à la démonopathie. Comme il est tout à fait impossible de faire une revue de l'œuvre qui est devant nous nous nous bornerons à citer un passage de la préface de M. Bourneville : « Le but de l'œuvre, c'est de mettre en évidence que les crimes imputés aux sorcières sont imaginaires ; que ces femmes ne sont pas des criminelles, mais des malades atteintes dans leurs facultés mentales, qu'elles ne sont pas justiciables des prêtres, des moines et des juges et par conséquent ne doivent pas être emprisonnées, torturées et livrées aux flammes des bûchers, mais confiées aux soins des médecins. »

Le premier volume comprend 30 chapitres, le second 28, et en plus les deux dialogues de Thomas Erastus. Chaque chapitre forme un tout complet et tout le monde en trouvera la lecture hautement intéressante.

CONSEIL MUNICIPAL.

Laïcisation des hôpitaux.

Dans la séance du 6 novembre M. E. Monteil a posé de nouveau la question de la laïcisation des hôpitaux, tranchée tant de fois déjà par le Conseil, dans le sens de l'affirmation. Cette répétition de la même question plusieurs fois chaque année, depuis 1877, montre combien est minime l'action du Conseil sur l'Assistance publique à laquelle il donne annuellement une subvention moyenne de 20 millions; elle montre malheureusement aussi que cette administration n'a pas subi de transformation sérieuse, quel que fût le républicanisme de ses chefs, et qu'elle est restée, au fond, réactionnaire et cléricale : c'est là une vérité que M. Monteil a mis en relief en commençant son discours.

Quand même nous aurions devant nous un fonctionnaire républicain comme M. Peyron, que nous croyons encore bien intentionné, dit M. Monteil, nous n'en sommes pas moins réduits à constater que ce chef de l'Administration n'en est pas le chef véritable, qu'il ne dirige pas ses bureaux, que ce sont eux au contraire qui le dirigent. Oui, M. Peyron se ferait une étrange illusion s'il se croyait à la tête d'une administration républicaine parce qu'il est un républicain convaincu. On peut le déclarer hautement, l'administration de l'Assistance publique n'a qu'un seul et véritable directeur, c'est le secrétaire général. (M. le Directeur de l'Assistance publique fait des signes de dénégation.)

M. MONTEIL, continuant. — Je regrette profondément ce que mes paroles peuvent avoir de froissant pour le chef de l'Administration. Je sais qu'un directeur d'administration ne peut aimer qu'on lui dise qu'il ne dirige rien, mais je ne puis m'empêcher de lui dire la vérité et de lui déclarer qu'il est le premier trompé de son Administration.

M. DESPRÉS. — C'est tout naturel.

M. MONTEIL. — Et cela n'est pas extraordinaire. Un homme, en effet, qui arrive dans une Administration avec des idées de réforme a immédiatement contre lui non seulement ceux que ces réformes doivent frapper : mais aussi ceux qui pourraient bénéficier de ces réformes; on a contre soi, au moins un instant, tous les employés, depuis les chefs de service jusqu'aux derniers auxiliaires. Et vous comprenez qu'un directeur qui ne connaît absolument rien, frémit de perdre un des rouages de sa mécanique, qu'il devient la proie de ses bureaux et restera l'homme le moins au courant de son administration. A quelques exceptions près ce n'est pas à nous républicains qu'appartiennent ces employés et, si des conseillers municipaux ont de l'influence dans l'administration de l'Assistance publique, c'est dans les rangs de la droite que vous les trouverez. Et, je me hâte de le dire, il ne saurait guère en être autrement puisque ces employés ont été engagés sous un régime auquel ils étaient dévoués et auquel, du jour au lendemain, ils ne peuvent cesser d'appartenir. Ne trouvent-ils pas d'ailleurs un appui et des exemples partant du haut, du plus haut de l'administration?

Dans ces conditions, comment pourrions-nous exécuter la laïcisation au moment que nous jugerions propice ? Cependant aujourd'hui il faut nettement poser la question. Pour ma part, je répète ce que j'ai si souvent déclaré ; toute ma vie, je peux dire dès mon enfance j'ai toujours lutté contre le cléricalisme. Car pour moi, le seul ennemi à craindre pour la République, c'est le cléricalisme. (Très bien !) Tant que nous n'en aurons pas fini avec cet adversaire nous aurons tout à redouter (très bien ! très bien !), et les dernières élections sont là pour confirmer mes paroles. M. Monteil rappelle ensuite que depuis longtemps le Conseil municipal a réclamé la laïcisation de l'hospice des Enfants-Assistés et donne sur cet établissement des renseignements très complets et malheureusement trop exacts.

L'hospice est mal tenu ; la propreté partielle est plus apparente que réelle ; les locaux sont remplis d'images religieuses ; les sœurs accaparent les jardins les plus ombragés au détriment des enfants, les sœurs se déchargent de tout sur les filles de service et les garçons de salle, ceux-ci et celles-là sur les enfants ; « le directeur protège les religieuses, il ne fait même que cela » ; l'hospice doit nourrir 22 religieuses, c'est 34 qu'il nourrit. « Le seul et unique directeur, celui qui fait ce qu'il veut, celui qui commande au directeur de l'hospice, au secrétaire général de l'Assistance publique et à M. Peyron lui-même, c'est la sœur Marcelle, c'est la congrégation de Saint-Vincent-de-Paul. »

Quant aux filles de service elles « sont recrutées par les sœurs de Saint-Vincent-de-Paul, et cela toujours de la même façon, dans le même pays de Bretagne. Ces filles ne connaissent absolument rien, rien du tout, ce sont des sauvages et des malpropres, et elles ne savent même pas parler français. » Leur argent et celui des nourrices est remis à la supérieure de la congrégation, laquelle retient cet argent par devers elle et ne donne aux filles que deux francs par mois ; les sœurs et les filles de service passent la plus grande partie de leur temps soit à la chapelle de l'hospice, soit à la chapelle du couvent voisin ; les filles, au lieu de s'occuper des enfants, quand elles sont dans les salles, brodent des ornements d'église, se livrent à des travaux de couture qui sortent de l'hospice et sont envoyés à la Maison-Mère de la rue du Bac ; l'instruction des filles est confiée à des religieuses qui ne leur apprennent que le catéchisme et des cantiques. « Il résulte en outre des faits que je vous ai signalés, ajoute M. Monteil, que, depuis la suppression de l'aumonier, à l'hospice des Enfants-Assistés, comme dans les autres maisons hospitalières, du reste, ce n'est plus un prêtre, c'est plusieurs prêtres qui s'y trouvent presque à demeure. Voilà comment on respecte vos intentions. » Et M. Monteil conclut en déposant le projet de délibération suivante : « Le Conseil municipal de Paris, Délibère : — L'Administration est formellement invitée à laïciser les Enfants-Assistés, Necker et Cochin, avant le 1er décembre de cette année. Signé : Monteil, Paul Viguier. »

M. PEYRON, directeur de l'Assistance publique, a répondu à M. Monteil. De son discours nous ne retiendrons que quelques faits : « *L'hospice des Enfants-Assistés est une façon de* COUVENT ; *le personnel en est recruté par les religieuses et ce personnel est lui-même à* DEMI RELIGIEUX ; — assister à la messe chaque jour constitue une des obligations religieuses des congréganistes ; — on dit les vêpres à l'hospice des Enfants-Assistés

contrairement à ce qui se passe dans les autres établissements ; — la laïcisation de l'hospice des Enfants-Assistés est beaucoup plus difficile que celle des autres établissements ; s'il ne s'agissait que de remplacer par des infirmières laïques les 27 sœurs qui s'y trouvent, la difficulté serait minime ; mais ici lorsque les sœurs disparaîtront, tout le personnel les suivra. Puis M. le Directeur a fait connaître au Conseil qu'il a imposé à toutes les infirmières des hôpitaux-écoles l'assistance aux cours et enfin il termine en proposant au Conseil de créer pour les jeunes filles ou les jeunes veuves ayant eu une situation dans la société, de créer des bourses à l'école organisée à l'hôpital de la Pitié.

M. DESPRÈS a pris ensuite la parole et, comme toujours, a lancé une série d'affirmations sans preuves et s'est attiré de nombreuses et vives protestations.

M. PATENNE a profité de la discussion pour rappeler que les sœurs du bureau de bienfaisance profitent de la situation qui leur est laissée pour agir contre la République. Il aurait pu ajouter aussi et pour recruter des élèves pour leurs écoles. Enfin, M. Monteil, dans une réplique vive et habile a mis en relief les aveux échappés à M. le Directeur de l'assistance publique, et le Conseil, à la majorité de 51 voix sur 61 votants a adopté la proposition de M. Monteil : « *L'Administration est formellement invitée à laïciser les Enfants Assistés, Necker et Cochin avant le 1er décembre de cette année.* »

On peut généraliser les considérations présentées par M. Monteil au sujet de l'hospice des Enfants Assistés : elles sont également vraies pour tous les établissements confiés à des religieuses et plus spécialement à ceux qui sont sous la direction des sœurs de St-Vincent de Paul et des sœurs de Saint-Thomas de Villeneuve. Elles sont en réalité maîtresses des établissements ; le personnel secondaire est obligé de faire tout ce qu'elles veulent, de singer des sentiments religieux et de suivre les pratiques de la chapelle ; elles défendent aux infirmières de fournir des renseignements en leur absence, et aux médecins et aux directeurs ; c'est là l'un des premiers faits qui ont appelé notre attention sur les mouvements des religieuses lorsque nous étions interne à l'hôpital des Enfants Malades ; elles ne donnent que tout à fait *exceptionnellement* des soins directs aux malades et à peu près jamais aux hommes et même aux petits garçons. Nous n'oublierons jamais que, à l'hôpital des Enfants Malades, la *Mère* — c'est ainsi qu'on appelle les religieuses de cet hôpital — la mère âgée d'une cinquantaine d'années, se détournait et passait derrière elle les objets qu'on lui demandait, quand le chirurgien pratiquait des opérations, même sur des enfants nouveau-nés. Et l'on appelle ces religieuses des hospitalières.

Quant aux assertions de M. Monteil sur l'administration, elles sont d'une vérité hélas incontestable. Il faut être aveugle pour ne pas voir ce qui se passe ; sourd pour ne pas entendre les critiques violentes formulées contre la République, contre le Conseil municipal. Nous terminons là nos observations. Nous reviendrons bientôt sur certains passages du discours de M. Peyron. Toutefois, nous nous permettrons de rappeler que, à l'heure qu'il est, M. Peyron a tout le personnel nécessaire pour donner complète satisfaction au Conseil municipal.

VARIA

Traitement du saturnisme par les courants constants.

Dans le n° 23 du *Progrès médical* (p. 470), nous avons publié une lettre du professeur Semmola (de Naples) dans laquelle il était reproché à M. Serafini de s'être attribué (*Terapia del saturnismo cronico e recerche*, etc.), la priorité du traitement du saturnisme chronique par les courants constants. Nous trouvons dans le « *Morgagni* » du 5 septembre 1885, une réponse de M. Serafini malheureusement trop longue pour être insérée ici in extenso, dans laquelle ce médecin repousse l'accusation de M. Semmola et reproduisant les passages de son travail où il cite le savant professeur de Naples. M. Serafini croit du reste devoir attribuer la priorité du traitement du saturnisme par les courants constants au Dr Abate (1861-62) : M. Semmola ne pouvait revendiquer selon lui, qu'un seul cas clinique qui aurait été publié par M. Fazio, alors qu'il était [illegible] de M. Semmola. Notre impartialité nous faisait un devoir de mentionner la réponse de M. Serafini dans nos colonnes.

Laïcisation de l'hôpital de St-Denis et de l'hôpital Cochin.

L'administration préfectorale vient d'autoriser la laïcisation de l'hôpital de Saint-Denis, réclamée depuis plusieurs mois par le Conseil municipal de cette ville. Nous espérons que cet exemple sera suivi par d'autres villes. L'administration de l'Assistance publique pourrait les aider en facilitant de plus en plus l'instruction des élèves externes. — Nous apprenons à l'instant que l'Administration a dénoncé son traité avec les *sœurs de l'hôpital Cochin.*

Thèses soutenues à la Faculté de Médecine.

Mardi 17. — M. Fargin. Ténorrhaphie et greffe tendineuse. — M. Cabral. Essai de topographie médicale et statistique de Buenos-Ayres. — *Jeudi* 19. — M. Meunier. Contribution à l'étude des paraplégies par troubles de circulation de la moelle. — M. Sebillon, Gastrite phlegmoneuse.

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 16. — 2e *de Doctorat*, 2e partie : MM. Béclard, Damaschino, Reynier. — 5e *de Doctorat*, 1re partie (Hôtel-Dieu) : MM. Tarnier, Lannelongue, Terrillon. — 5e *de Doctorat*, 2e partie (Hôtel-Dieu) : MM. Charcot, Potain, Rendu.

MARDI 17. — 5e *de Doctorat*, 1re partie (Charité) : MM. Pajot, Le Fort Richelot. — 5e *de Doctorat*, 2e partie (Charité) : MM. Jaccoud, Cornil, Quinquaud.

MERCREDI 18. — 2e *de Doctorat*, oral, 1re partie : MM. Trélat, Fournier, Segond. — 2e *de Doctorat*, 2e partie : MM. Béclard, Charcot, Ch. Richet. — 4e *de Doctorat* : MM. Damaschino, Gautier, Pouchet.

JEUDI 19. — 2e *de Doctorat*, oral, 1re partie : MM. Sappey, Panas, Campenon. — 4e *de Doctorat* : MM. Brouardel, Proust, Hutinel.

VENDREDI 20. — 1er *de Doctorat* : MM. Regnauld, Lutz, Guebhard. — 2e *de Doctorat*, 2e partie : MM. Béclard, Hayem, Rémy. — 5e *de Doctorat*, 1re partie (Hôtel-Dieu) : MM. Trélat, Lannelongue, Pinard. — 5e *de Doctorat*, 2e partie (Hôtel-Dieu) : MM. Fournier, Damaschino, Landouzy.

SAMEDI 21. — 5e *de Doctorat*, 1re partie (Charité) : MM. Pajot, Richet, Humbert. — 5e *de Doctorat*, 2e partie (Charité) : MM. Peter, Ball, Hanot.

Enseignement médical libre.

Cours de pathologie et de chirurgie de l'appareil urinaire. — Le Dr DUBUC, ancien interne des hôpitaux, commencera ce cours le lundi 10 novembre à 5 heures, amphithéâtre n° 3, de l'Ecole pratique et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure.

Clinique ophtalmologique. — Le Dr GALEZOWSKI commencera ses leçons de pathologie et de clinique ophthalmologique le samedi 14 novembre à sa clinique, 26, rue Dauphine à 3 heures, et les continuera les mercredis et les samedis suivants à la même heure. Les mercredis seront consacrés au diagnostic et à la thérapeutique des maladies des yeux ; les samedis, réfraction ; choix des lunettes.

Clinique mentale. — Asile Sainte-Anne. M. MAGNAN reprendra ses leçons cliniques sur les *maladies nerveuses et mentales*, le dimanche 15 novembre à neuf heures et demie du matin et les continuera les dimanches et mercredis suivants, à la même heure. Les conférences du mercredi seront consacrées à l'étude pratique du diagnostic de la folie. Les leçons auront pour objet cette année le *délire chronique*, la *folie des héréditaires* et la *paralysie générale* considérés plus particulièrement au point de vue médico-légal.

Clinique chirurgicale. — Le Dr TILLAUX, chirurgien de l'Hotel-Dieu commencera ses leçons de clinique chirurgicale le lundi 16 novembre à 9 heures du matin et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure.

Clinique des maladies des femmes, à l'*Hôtel-Dieu.* — M. le Dr GALLARD, médecin de l'Hotel-Dieu, reprendra ses leçons de clinique des maladies des femmes, le mardi 24 novembre 1885. *Tous les jours*, exercices cliniques, salle Sainte-Marie. *Le Jeudi* consultation avec examen au spéculum. *Le Mardi et le Samedi*, leçons dans l'amphithéâtre Desault.

Maladies des yeux. — M. le Dr de WECKER reprendra ses conférences cliniques, rue du Cherche-Midi, 55, lundi 16 novembre, à 3 heures et les continuera les jeudis et lundis suivants. Lundi, diagnostic des affections externes et opérations jeudi, maladies du fond de l'œil, ophtalmoscopie et opérations.

Maladies de l'urèthre et de la prostate.—M. le Dr E. DESNOS. Mardi et vendredi à [illegible] heures (amphithéâtre n° 3). — Ouverture du cours, le vendredi 20 novembre.

CONCOURS DE L'INTERNAT. — La 2e épreuve orale (série des volontaires) a eu lieu samedi. Question donnée : *Rapports de l'utérus, mécanique de l'accouchement par la face.*

INSTRUMENTS ET APPAREILS

Sonde dilatatrice pour injection intra-utérine ; par Doléris.

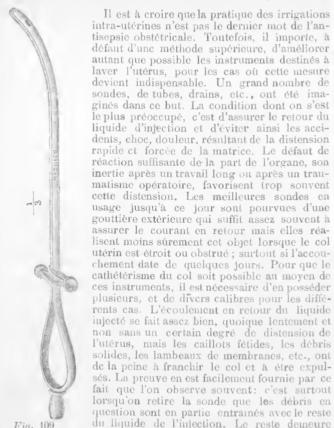


Fig. 109

Il est à croire que la pratique des irrigations intra-utérines n'est pas le dernier mot de l'antisepsie obstétricale. Toutefois, il importe, à défaut d'une méthode supérieure, d'améliorer autant que possible les instruments destinés à laver l'utérus, pour les cas où cette mesure devient indispensable. Un grand nombre de sondes, de tubes, drains, etc., ont été imaginés dans ce but. La condition dont on s'est le plus préoccupé, c'est d'assurer le retour du liquide d'injection et d'éviter ainsi les accidents, choc, douleur, résultant de la distension rapide et forcée de la matrice. Le défaut de réaction suffisante de la part de l'organe, son inertie après un travail long ou après un traumatisme opératoire, favorisent trop souvent cette distension. Les meilleures sondes en usage jusqu'à ce jour sont pourvues d'une gouttière extérieure qui suffit assez souvent à assurer le courant en retour mais elles réalisent moins sûrement cet objet lorsque le col utérin est étroit ou obstrué ; surtout si l'accouchement date de quelques jours. Pour que le cathétérisme du col soit possible au moyen de ces instruments, il est nécessaire d'en posséder plusieurs, et de divers calibres pour les différents cas. L'écoulement en retour du liquide injecté se fait assez bien, quoique lentement et non sans un certain degré de distension de l'utérus, mais les caillots fétides, les débris solides, les lambeaux de membranes, etc., ont de la peine à franchir le col et à être expulsés. La preuve en est facilement fournie par ce fait que l'on observe souvent: c'est surtout lorsqu'on retire la sonde que les débris en question sont en partie entraînés avec le reste du liquide de l'injection. Le reste demeure dans l'utérus ou dans les culs de sac du vagin. En outre, il est impossible d'empêcher qu'une partie de l'injection ne s'écoule de l'utérus qu'après le retrait de la sonde et ne s'accumule dans la cavité vaginale si minime qu'elle soit, on juge des conséquences possibles, si le liquide est toxique. La sonde que je présente et que j'ai fait fabriquer par M. Mathieu, me parait réunir les principales conditions pour une irrigation facile, sans danger, et pour une évacuation complète du contenu de la matrice et du vagin. Elle se compose d'un tube unique en métal, recourbé à la façon de pinces dont les branches, creuses, sont exactement juxtaposées, et forment un circuit ouvert aux deux extrémités de l'instrument : l'une des extrémités est munie d'un téton, pour s'adapter au conduit en caoutchouc d'un appareil d'irrigation quelconque ; l'extrémité libre est double et perforée pour la sortie du liquide. Le tube lui-même est demi-cylindrique, de telle façon que la juxtaposition exacte des deux branches, par leur coté interne, plan, forme un cylindre régulier, complet, et d'assez petit volume, pour pouvoir être introduit dans les cols les plus étroits, même dans certains utérus non gravides. Un mécanisme très simple placé près de l'extrémité extérieure de la sonde, permet d'écarter les branches une fois introduites dans la matrice, à la façon des branches d'un dilatateur et de les maintenir à tel écartement que l'on désire. Le col reste ouvert et on crée ainsi une voie de retour aussi large que possible au liquide injecté, en même temps qu'on ouvre un facile passage aux débris solides contenus dans la matrice. Leur sortie du vagin est facilitée du même coup. C'est un lavage à grande eau du conduit utéro-vaginal maintenu béant. En résumé cette sonde agit comme dilatateur et comme tube à irrigation. Elle a été déjà employée avec les meilleurs résultats par son auteur. M. Charpentier l'a également mise en usage à la clinique d'accouchements de la Faculté. Son emploi est des plus aisés. S'il arrive que les branches tendent à s'écarter légèrement par leur extrémité libre, ce qui pourra se produire lorsque l'instrument aura servi pendant un certain temps, il suffit en introduisant la sonde de les maintenir à l'extrémité opposée par une bague en caoutchouc.

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 1er novembre au samedi 7 novembre 1885, les naissances ont été au nombre de 1159 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 454 ; illégitimes, 153. Total, 607. — *Sexe féminin* : légitimes, 397 ; illégitimes, 155. Total, 552.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1881 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 1er novembre au samedi 7 novembre 1885, les décès ont été au nombre de 921, savoir : 485 hommes et 436 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 14, F. 13. T. 27. Variole : M. 1, F. 2, T. 3. — Rougeole : M. 13, F. 13, T. 26. — Scarlatine : M. 0, F. 1 T. 1. — Coqueluche : M. 3, F. 3 T. 6 — Diphthérie, Croup : M. 24 F. 12, T. 36. — Dyssenterie : M 0, F. 0, T. 0. — Erysipèle : M. 3, F. 2 T. 5. — Infections puerpérales : 7 — Autres affections épidémiques : M ., F ., T. .. — Méningite tuberculeuse et aiguë : M. 14 F 24, T. 38. — Phthisie pulmonaire : M. 112, F. 73 T. 185. — Autres tuberculoses : M. 19, F. 11. T. 30. — Autres affections générales : M. 21, F. 27, T. 48. — Malformations et débilité des âges extrêmes : M. 13, F. 30, T. 48. — Bronchite aiguë : M. 7, F. 7, T. 14. — Pneumonie : M. 31, F. 40, T. 71. — Athrepsie : M. 25, F. 20 T. 45. — Autres maladies des divers appareils : M. 151 F. 137, T. 288. — Après traumatisme : M. ., F. ., T. .. — Morts violentes : M. 18, F. 6. T. 24. — Causes non classées M 13, F. 8, T 21.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 128 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 43 ; illégitimes, 29. Total : 72 — *Sexe féminin* : légitimes, 32 ; illégitimes, 24. Total : 56.

Faculté de médecine de Paris. — *Cours de clinique médicale.* — M. Hardy commencera à l'hôpital de la Charité, ses leçons cliniques le samedi 14 novembre 1885, à 10 heures du matin, et les continuera les mardis et samedis suivants à la même heure. — Visite des malades, tous les jours, à 9 heures du matin. Exercices cliniques par les élèves, le jeudi, à la visite.

Cours de pathologie médicale. — M. Peter commencera le cours de pathologie médicale le samedi 14 novembre 1885, à 3 heures de l'après-midi (Grand amphithéâtre), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure.

Cours de clinique des maladies des enfants. — M. Grancher commencera à l'hopital des Enfants malades, le cours de clinique des maladies des enfants le samedi 14 novembre 1885, à 10 heures, et le continuera les mardis et samedis suivants à la même heure. Ordre du cours : mardi, leçon clinique dans les salles ; jeudi, leçon d'anatomie pathologique dans le laboratoire ; samedi, leçon à l'amphithéâtre. — Les lundi, mercredi et vendredi sont consacrés : le lundi, aux maladies des yeux et des oreilles ; le mercredi, à l'électrothérapie ; le vendredi, aux maladies de la peau.

Cours complémentaire d'anatomie pathologique. — M. Hanot, agrégé, a commencé le cours complémentaire d'anatomie pathologique le jeudi 12 novembre 1885, à 2 heures (à l'Ecole pratique, rue Vauquelin), et le continuera les jeudis suivants à la même heure.

Cours complémentaire de chimie. — M. Hanriot, agrégé, a commencé le cours de chimie biologique le mercredi 11 novembre 1885, à 10 heures du matin à l'ancien collège Rollin, 2, rue Vauquelin (Grand amphithéatre), et le continuera les mercredis suivants à la même heure.

Cours de clinique des maladies cutanées et syphilitiques. — M. Alfred Fournier a commencé à l'hopital Saint-Louis le cours de clinique des maladies cutanées et syphilitiques le vendredi 13 novembre 1885, à 9 heures du matin (Hopital Saint-Louis), et le continuera les mardis et vendredis suivants à la même heure. — Ordre du cours : les mardis, leçons au lit des malades ; les vendredis, leçons à l'amphithéâtre (10 heures).

Faculté de médecine de paris. — M. Héret, interne en pharmacie des hopitaux de Paris, est nommé préparateur du laboratoire de pharmacologie à la Faculté de médecine de Paris, en remplacement de M. Wallet.

Assistance publique. — Le mercredi 9 décembre 1885, il sera procédé dans une des salles de la mairie du Ier arrondissement à l'élection d'un médecin (service du traitement à domicile, Ier arrondissement). Ouverture du scrutin à midi, il sera fermé à quatre heures.

Prix de l'internat. — Les épreuves écrites ont eu lieu mercredi 4 novembre. Questions posées : 1re *division* (internes de 3e et 4e année) : *Col de la vessie, tumeurs de la vessie.* — 2e *Division* (internes de 1re et 2e année) : *Périoste, ostéomyélite phlegmoneuse diffuse.*

Collège de france. — M. Schutzenberger (Paul), bachelier ès sciences, ancien élève diplomé de l'Ecole de physique et de chimie de la ville de Paris, est nommé préparateur de la chaire de chimie minérale au Collège de France, en remplacement de M. V[illegible] démissionnaire.

Faculté des sciences de Paris. — Par décret en date du 24 octobre, M. Routy, docteur ès sciences, est nommé professeur de physique à la Faculté des sciences.

Faculté des sciences de Paris. — M. Paul Bert, profe[illegible]

seur de physiologie à la Faculté des sciences de Paris, est autorisé à se faire suppléer, pendant l'année scolaire 1885-1886, par M. Dastre, docteur ès sciences.

Faculté des sciences de Besançon. — M. Bordeux, professeur de mathématiques au Lycée de Besançon, est chargé en outre, pour l'année scolaire 1885-1886, d'un cours complémentaire de mathématiques (deux leçons par semaine), à la Faculté des sciences de cette ville.

Faculté des sciences de Bordeaux.— M. Fallot (Emmanuel), docteur ès sciences, est chargé du cours de minéralogie et géologie à la Faculté des sciences de Bordeaux, en remplacement de M. Raulin, nommé professeur honoraire.

Faculté de médecine de Bordeaux. — MM. Vieron et Rocher-Duvignand, sont nommés aides d'anatomie.

Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux. — Sont nommés pour deux ans à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux : chef de clinique chirurgicale : M. Lacharrière, docteur en médecine, en remplacement de M. Courtier, dont le temps d'exercice est expiré ; — chef adjoint de clinique chirurgicale : M. Philippot, docteur en médecine. M. Loumeau, docteur en médecine, délégué dans les fonctions de chef de clinique chirurgicale à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux, est nommé, pour deux ans, chef de clinique chirurgicale à ladite Faculte

Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille. — M. Deroide, bachelier ès sciences, est nommé aide-préparateur des travaux pratiques de chimie à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille, en remplacement de M. Jaquié, démissionnaire.

Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon — M. Gaillard (Georges) est nommé, pour l'année scolaire 1885-86, préparateur du laboratoire de médecine expérimentale à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon. — M. Rodet, docteur en médecine, est maintenu, pendant l'année scolaire 1885-1886, dans les fonctions de chef des travaux de médecine expérimentale à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon. — M. Masson, docteur en médecine, est maintenu, pour l'année scolaire 1885-1886, dans les fonctions de chef de clinique ophtalmologique à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon.

Faculté des sciences de Marseille. — M. Boissière, chargé du cours de littérature et d'institutions grecques à la Faculté des lettres d'Aix, est chargé, en outre, du cours complémentaire de littérature grecque à la Faculté des sciences de Marseille.

Faculté des sciences de Montpellier. — Un congé d'inactivité, pendant l'année scolaire 1885-1886 est accordé, sur sa demande, à M. Amat, préparateur de chimie à la Faculté des sciences de Montpellier.

Faculté des sciences de Nancy. — Un congé d'un an, sans traitement, à partir du 1er novembre 1885, est accordé, sur sa demande, à M. Lemaire, préparateur de botanique à la Faculté des sciences de Nancy. M Saint-Rémy, licencié ès sciences naturelles, est chargé des fonctions de préparateur de botanique à la Faculté des sciences de Nancy, pendant la durée du congé accordé à M. Lemaire.

Ecoles des hautes-études. — M. Lallement (Gustave-Henri), licencié ès sciences physiques, est délégué dans les fonctions de préparateur au laboratoire de chimie dirigé par M. Troost, près la 2e section de l'Ecole pratique des hautes-études, en remplacement de M. Saglier, appelé à d'autres fonctions.

Ecole supérieure de pharmacie de Paris. — Par arrêté du 4 novembre la chaire de pharmacie clinique est déclarée vacante. Un délai de vingt jours est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

Ecole préparatoire de médecine de Reims. — Par décret du 24 octobre, une chaire de physique est créée à cette école, et la chaire d'accouchement est transformée en chaire de clinique obstétricale et gynécologie ; — L'Ecole d'autre part est autorisée à jouir des droits conférés aux écoles préparatoires réorganisées par l'article 13 du décret du 1er août 1883.

Muséum d'histoire naturelle. — *Boursiers :* sont nommés boursiers près le Muséum d'histoire naturelle, pour jouir, pendant l'année classique 1885-1886 des bourses ci-après désignées, les candidats dont les noms suivent : *Bourse de licence :* M Censier (Jean-Adrien-Arthur), licencié ès sciences physiques. — *Bourses de doctorat :* MM. Madic (Joseph-Jean), licencié ès sciences naturelles ; Colomb (Louis-Marie-Georges), licencié ès sciences mathématiques, physiques et naturelles ; Danguy (Paul-Auguste), licencié ès sciences naturelles ; Depousargues (Eugène-Pierre), licencié ès sciences naturelles ; Malard (André-Eugène-Frédéric), licencié ès sciences naturelles. Une prolongation de bourse est accordée, pendant l'année classique 1885-1886, aux boursiers dont les noms suivent : *Licence* (2e année) : MM. Biétrix (Eugène-Ferdinand-Désiré), bachelier ès lettres, bachelier ès sciences ; Veillard (Georges-Paul), bachelier ès sciences. — *Doctorat* (3e année), M. Bouvier (Louis-Eugène), agrégé des sciences naturelles. — 2e année : MM. Amaudrut (Alexandre-Augustin), licencié ès sciences naturelles ; Bigouret (Georges-Marie), licencié ès sciences naturelles ; Cazin (Maurice), licencié ès sciences naturelles ; Desvaux (Félix), agrégé des sciences naturelles ; Dufour (Louis-Marie), licencié ès sciences naturelles ; Fabre (Paul), licencié ès sciences naturelles ; Larrazet (Augustin), licencié ès sciences naturelles ; Mayoux (Jean-Henri), licencié ès sciences naturelles ; Pichard (Louis-René), licencié ès sciences naturelles ; Schmitt (Marie-Jean-Baptiste-Joseph), licencié ès sciences naturelles.

Hôpitaux de Marseille. — MM. Domergue, pharmacien militaire, licencié ès sciences physiques, et Martin, sont nommés pharmaciens des hôpitaux.

Hôpital de Tours. — Le 3 mai 1886, un concours s'ouvrira à l'hospice général pour un emploi de médecin-adjoint à l'hôpital civil.

Ministère du commerce. — M. Dautresme, député de la Seine-Inférieure, vient d'être nommé Ministre du commerce en remplacement de M. P. Legrand. On sait que c'est de ce ministère que dépend le *Comité consultatif d'hygiène.*

Missions. — Les Drs Emmerich et Hans Buchner, ont été envoyés en mission à Palerme, par le gouvernement bavarois, pour continuer leurs études sur l'étiologie du choléra.

Récompenses. — Le Dr Piotrowski (W.), médecin sanitaire, vient de recevoir une médaille d'argent pour le zèle et le dévouement dont il a fait preuve pendant une épidémie de variole à bord de l'*Océanien.*

Nouveaux journaux. — Nous apprenons l'apparition de « *La Clinica, eco de la clase escolar medica,* paraissant à Grenade, les 1er, 10 et 20 de chaque mois, sous la direction du Dr Duarte. — Nous recevons le premier numéro de « *La Normandie médicale,* journal bi-mensuel, paraissant à Rouen, sous la direction des docteurs Dumesnil, Gibert, Leudet et Notta.

Nécrologie. — Nous apprenons la mort du Dr Del Campo y Canaveras, directeur de la *Revista asturiana de ciencas medicas,* décédé le 1er novembre. — Le Dr Castex père (de Bordeaux), ancien interne des hôpitaux de Paris, père du Dr Castex, prosecteur à la Faculté de médecine de Paris. — De M. Biencourt, médecin à Boulogne sur-mer (*Concours médical*). — Du Dr Renault (de Paris), père du Dr Renault, médecin des hôpitaux de Paris. — M. Hensius, professeur de physiologie à l'université de Leyde, vient de succomber, c'était un des représentants les plus connus de la science néerlandaise. — M. J.-B. Baillière, le doyen des libraires-éditeurs de Paris, a succombé à l'age de 88 ans, le 8 novembre courant.

Exposition d'Anvers. — Nous apprenons avec plaisir que la maison Delahaye, fondée en 1856, dirigée depuis 1875 par M. Lecrosnier, vient d'être honorée à l'Exposition internationale d'Anvers d'un diplôme de médaille d'or.

Le choix heureux de ses auteurs, le soin apporté à la bonne exécution typographique de ses éditions, les sacrifices enfin que cette librairie s'est imposé sur le conseil des médecins, dans l'intérêt de la science et de notre pays, justifient pleinement cette distinction. Nous ne doutons pas que M. Lecrosnier saura conserver à sa librairie le rang qu'elle occupe dès aujourd'hui.

13e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. II. No 47. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 21 NOVEMBRE 1885.

Le Progrès Médical

CLINIQUE INFANTILE

HÔPITAL DES ENFANTS. — M. J. SIMON.

De la diarrhée chez les enfants (1);

Leçon recueillie par M. CARRON, interne du service.

A propos des *fièvres éruptives et continues*, je vous ai énuméré les conditions dans lesquelles se produisait la diarrhée tantôt simple, tantôt symptomatique d'une entérite d'une intensité variable. Les symptômes de la diarrhée, suivant son importance, ou s'effacent pour ainsi dire, dans l'ensemble de la maladie principale, ou la dominent et prennent les allures d'une complication sérieuse et parfois fatale.

La diarrhée de la fièvre typhoïde, tardive comme les lésions intestinales, prend quelquefois chez les enfants un caractère alarmant; l'intensité des garde-robes amène une rapide déperdition des forces déjà compromises par le poison morbide.

Dans l'empoisonnement palustre, la diarrhée revêt, chez les enfants comme chez les adultes, la marche aiguë ou chronique. A l'état aigu, c'est un flux diarrhéïque muqueux, bilieux, ou même simplement lientérique, parfois séreux ou séro-sanguinolent qui revient à des heures anormales chez les enfants au-dessous de 3 à 4 ans, ou tous les deux jours chez ceux qui ont dépassé cet âge. Le diagnostic étiologique est fort épineux et ne saurait être complet sans se reporter à la description de la fièvre intermittente chez les enfants (voir ma conférence sur le quinquina et le sulfate de quinine).

Dans l'empoisonnement chronique, la diarrhée fonctionnelle et surtout séro-sanguinolente est de règle. Sous l'influence de l'aglobulie, de la congestion hépato-splénique, de la stase porte, la diarrhée se montre avec une fréquence et une abondance qui déroutent l'observateur le plus attentif. Elle apparait et persiste sans prendre un type rhytmé comme dans la forme aiguë. Pourtant on finit par découvrir qu'elle se montre de préférence à certaines heures comme le redoublement fébrile lui-même, qui est tellement décomposé qu'il est impossible de le classer dans une des divisions classiques. Le côté épineux de la question qui nous occupe n'est point de saisir ces diverses remarques, mais de retrouver chez les enfants la filiaire de l'empoisonnement palustre, d'autant plus que, sauf dans les pays notoirement infestés par les miasmes maremmatiques, la confusion peut parfaitement s'établir avec la tuberculose abdominale.

Dans cette dégénérescence, néanmoins, les signes de fièvre hectique, de diarrhée persistante seront accompagnés de particularités distinctes. L'exploration de la paroi abdominale permet de saisir des indurations, des inégalités, des frottements que vous ne constaterez point dans l'empoisonnement chronique par la fièvre des marais. Dans cette maladie au contraire, les parois abdominales sont dépressibles, souples et, fait capital à signaler, le foie et la rate se développent d'une façon extraordinaire. On les trouve occupant quelquefois la moitié de la cavité abdominale.

Chez les enfants atteints d'*herpétisme* vous constaterez souvent des troubles gastro-intestinaux. Tantôt c'est de la dyspepsie, tantôt une constipation opiniâtre, tantôt de la diarrhée lientérique, ou pseudo-membraneuse, qui alternent avec les poussées cutanées, ou des accidents nerveux auxquels les enfants herpétiques sont fort sujets. L'intérêt principal réside donc dans la connaissance de cette corrélation incontestable qui permet d'arriver à un diagnostic précis.

L'influence *rhumatismale*, incontestable et fréquente chez l'adulte, l'est beaucoup moins chez les enfants dans la production de la diarrhée et je veux dire par là, toute proportion gardée, c'est-à-dire, en tenant compte de la fréquence moins grande du rhumatisme chez les enfants. L'explication découle aisément de la clinique. Si le rhumatisme aigu n'est point aussi rare qu'on le croit chez l'enfant, le rhumatisme chronique au contraire, est l'exception et c'est dans cette dernière forme qu'on observe chez l'adulte les troubles dyspeptiques et les diarrhées chroniques très rebelles.

J'ai vu quelquefois l'association des deux diathèses, l'herpétisme et le rhumatisme, devenir la source de diarrhées spéciales, lientériques, séro-muqueuses, en produisant des troubles de sécrétion ou des congestions sur les principaux organes de l'abdomen par une sorte de balancement survenu entre les manifestations diathésiques.

Entérite membraneuse ou *pseudo-membraneuse.* — Bien que je ne me sois point proposé de faire l'histoire, même abrégée, des maladies dans lesquelles on rencontre de la diarrhée, je ne puis me contenter ici d'une simple citation, en raison de la bizarrerie de cette affection chez les enfants, et des singularités qu'elle présente.

Observée et signalée par un grand nombre de médecins, elle fut surtout mise au point par nos amis Siredey et Wannebroucq, et par le professeur Sée.

Sa cause originelle est la constipation, symptôme habituel chez les enfants, et qui échappe à l'observation des parents assez simples pour se fier aux assertions des enfants grandets qui ignorent le mot comme le fait.

A tout âge, les parents ne sauraient méconnaître la diarrhée, mais la constipation existe sans contrôle dès que les enfants ne sont plus en tutelle.

Sous l'influence de l'arrêt des matières fécales dans le cœcum et le reste du gros intestin, survient une irritation lente de la muqueuse, et une sécrétion muqueuse, glaireuse, qui prend l'apparence tantôt d'une couche gélatineuse, de blanc d'œuf autour des excréments, tantôt d'une membrane allongée, rubannée comme des fragments de tænia, tantôt de filaments diffluents, ou d'amas épais, gélatiniformes plus ou moins concrétés.

Dans le premier cas, la matière mucilagineuse entoure le bol fécal, et sort avec lui. C'est à cet enduit qu'est due l'expulsion tardive des garde-robes concrétées.

(1) Voir les nos 41, 42 et 44.

Dans le second cas, la sécrétion morbide, analogue à des vers lombrics très allongés, ou à des tænias, ou à des tubes aplatis, s'est isolée des garde-robes, et peut même être expulsée avant, pendant, comme après les selles.

Quant aux produits, dits pseudo-membraneux, sans forme précise, ayant l'aspect de crachats, de glaires épaisses, mélangés ou non aux matières fécales, ils sont rendus d'ordinaire au moment des évacuations. — Ils sont fragmentés par les contractions de l'intestin et de l'anus.

Tous ces produits sont de même composition, nullement fibrineux comme la fausse membrane de la diphtérie, avec laquelle ils n'ont aucun rapport de structure et de nature.

Au point de vue microscopique, on y constate une substance transparente amorphe, contenant des granulations, des cellules d'épithéliales déformées, mais jamais de fibrilles, de tissu diphtéritique. C'est donc une substance gélatineuse due au mucus concrété. A peine par l'analyse chimique y trouve-t-on un peu d'albumine. Quant à l'état de la muqueuse intestinale, non connu par des autopsies, on peut le comparer à celui de toutes les muqueuses irritées par des corps étrangers fixés à demeure sur un point de leur étendue, avec cette différence pourtant qu'il s'agit d'arrêt de matières non anguleuses, incapables d'agir par une action mécanique rapide ni violente. C'est une irritation lente comme celle que produit un morceau d'amadou, non chargé de perchlorure, dans la cavité des fosses nasales. Petit à petit, une sécrétion glaireuse l'isole de la muqueuse, dont il se détache. Le tampon d'amadou extrait est recouvert de glaires muqueuses. Dans l'entérite, dite pseudo-membraneuse, les enduits gélatineux se fragmentent ou s'allongent suivant les contractions de l'intestin et l'homogénéité des matières alvines. Ceci dit, vous comprendrez bien les signes caractéristiques de la diarrhée de l'entérite membraneuse.

Elle s'accompagne de douleurs qui reviennent par crises, parfois atroces, et dues aux déplacements pénibles des masses fécales. Elles précèdent l'apparition des selles et ne dépendent d'abord que de la constipation; puis elles s'exaspèrent et sont le corollaire obligé du dérangement qui survient. Les selles dures et glaireuses au début, deviennent ensuite dissociées et molles, et enfin tout à fait diarrhéiques. Il existe donc ici des alternatives de diarrhée et de constipation, et une expulsion de matières mélangées de produits concrets, de glaires, de membranes et parfois de produits liquides mucilagineux et mousseux.

Malgré la violence des douleurs, on ne voit pas apparaître une fièvre intense comme dans l'entérite aiguë, ni une fièvre vespérale comme dans l'entérite chronique. L'état général est satisfaisant, à part une certaine irritabilité, une légère excitation du pouls et de la chaleur, qui se renouvellent à chaque crise de douleurs intestinales.

Traitement de la diarrhée chez les enfants. — Fidèle au plan que j'ai adopté, je passerai successivement en revue le traitement des diarrhées dans l'ordre que j'ai suivi pour leur séméiologie.

1° *Lientérie.* Votre premier soin est d'en éloigner la cause. Quand je me suis occupé de la dyspepsie des nouveau-nés et de l'étiologie de la diarrhée, j'ai appelé votre attention plus particulièrement sur l'allaitement et le sevrage. Vous aurez donc à vous enquérir de toutes les conditions qui s'y rattachent et à combattre leur mauvaise direction et leur influence pernicieuse. (Lait défectueux, biberon, sevrage prématuré, etc., etc.)

La cause étant éliminée, il faut instituer la médication suivante :

1° Chez le nouveau-né. L'enfant doit prendre, avant et après chaque tétée, une cuillerée à café d'eau de chaux médicinale, ou d'eau de Vals (Saint-Jean) préalablement dégourdie, et provenant d'une bouteille débouchée depuis peu. L'eau de Vals en vidange s'altère promptement, devient alors moins digestive, et peut provoquer de la diarrhée. Veillez bien à ce petit détail.

On doit en outre donner tous les jours des lavements émollients, et si la saison n'est pas trop chaude, s'il ne règne pas d'épidémie de diarrhée cholériforme, prescrire de légers laxatifs : une cuillerée à café de sirop de chicorée, ou une pincée de magnésie calcinée, dans de l'eau fortement sucrée.

2° Si l'enfant est en âge *d'être sevré* et qu'il le soit déjà, il faut lui faire suivre un régime diététique bien compris : Lait, œufs, potages, panades, bouillon, et ne lui permettre une alimentation plus substantielle que par degrés et après l'avoir soumis à une série d'expériences concluantes. Vous lui prescrirez également des eaux minérales, soit de Vals (source Saint-Jean), soit de Vichy mitigée (Haute-Rive), à l'heure des repas, pendant un temps limité, huit à dix jours environ, que vous remplacerez ensuite par les eaux de Pougues ou d'Alet.

Comme chez le nouveau-né, vous vous trouverez bien de l'emploi des laxatifs, de la magnésie anglaise particulièrement. Inutile d'ajouter que les repas doivent être pris avec régularité, et l'alimentation modérée et choisie, et les aliments réduits à l'état de pulpe. Chez les enfants *au-dessus de deux ans*, vous pouvez prescrire des amers : du houblon, du vin de quinquina que vous aurez la précaution de couper avec de l'eau. Le vin de Chassaing à la pepsine et l'Elixir chlorhydropeptique de Grez sont d'excellentes préparations et conviennent bien dans ce cas.

Si la lientérie est rebelle, *chez les enfants de cinq à six ans*, vous nous avez vu prescrire en même temps que les toniques, les poudres digestives suivantes :

P. Poudre d'yeux d'écrevisses	1 gramme.
Bicarbonate de soude	0 50 centigr.
Magnésie	2 grammes.
Colombo	0 30 centigr.
M. Noix vomique	0 10 centigr.

Mêlez et faites 20 paquets.

Je donne ces paquets avant les deux principaux repas, soit dans de l'eau, soit dans du pain azyme. Si l'enfant de cet âge se refuse à les prendre, je les remplace par une mixture ainsi composée :

P. Teinture de quinquina.	5 grammes.
— — rhubarbe	2 —
— — colombo	2 —
M. — — noix vomique	0 50 centigr.

que je donne à la dose de 5 à 10 gouttes avant chaque repas et que l'enfant accepte volontiers dans de l'eau froide, ou dans de l'eau chargée de vin de quinquina

A cette médication, j'ajoute un régime spécial, composé d'aliments réduits en pulpe, les enfants avalant souvent, sans prendre la peine de mastiquer, les aliments.

En outre, je leur donne de préférence des œufs, de la pulpe de viande passée, des légumes bien cuits et de temps en temps, des farineux azotés, comme la purée de pomme de terre ou de lentilles.

Ce régime a pour avantage d'offrir au suc gastrique des aliments dépourvus de fibrilles (viandes écrasées et passées) ou tout au moins réduites à une telle ténuité, qu'elles ne peuvent s'interposer et empêcher l'action de la pepsine.

Il est des enfants que l'usage du lait en boisson réconforte beaucoup et très vite ; il en est d'autres dont la diarrhée lientérique augmente par le lait, sans qu'on puisse le prévoir avant les tentatives. L'addition d'eau alcaline au lait le rend plus efficace; d'autres fois, il faut absolument y renoncer et donner pour toute boisson du bon cognac dans une grande quantité d'eau d'Alet.

2° *Diarrhée catarrhale des auteurs*, liée à une congestion de la muqueuse intestinale, souvent aussi à une congestion hépatique, une polycholie et de l'embarras gastrique. — Comme dans le cas précédent, et dans tous ceux dont je vais vous parler, vous suivrez à la piste la cause initiale que vous combattrez, en vous inspirant de nos études sur la dyspepsie et la lientérie, vous ferez tenir le nouveau-né soit au berceau, soit dans des langes bien chauds. L'enfant plus âgé doit garder le lit. Attendez-vous à rencontrer une opposition formelle de la part des mères; mais il faut maintenir et surveiller ce détail essentiel de votre prescription, autrement les enfants seront demi-enveloppés et exposés à des refroidissements, et à la suppression des fonctions de la peau.

Comme régime, la diète lactée, le bouillon de poulet dégraissé. On désaltérera le petit patient avec de l'eau de riz ou de l'eau albumineuse. On le changera fréquemment, et deux fois par jour on lui fera des fomentations d'huile de camomille sur l'abdomen, qu'on entourera de ouate ou de flanelle.

Ces soins généraux étant remplis, voici le traitement direct que je vous engage à mettre en œuvre. Vous savez que cette diarrhée catarrhale bilieuse s'accompagne souvent de congestion hépathique, de polycholie et d'embarras gastrique, prescrivez donc, dès le premier jour, un vomitif : *R.* ipéca, 30 centigrammes pour les enfants au-dessous d'un an ; 50 à 60 centigrammes au-dessous de deux ans,et 1 gramme pour les plus âgés, incorporé à 30 grammes de sirop d'ipéca.

Ce vomitif sera pris par cuillerée à café de dix en dix minutes, jusqu'au vomissement. Il agira favorablement et sur l'estomac, et sur le foie, et sur l'intestin.

Dès que l'ipéca aura produit son action évacuante et substitutive tout à la fois, vous conseillerez, si la diarrhée persiste, ce qui est à peu près certain, une potion avec 4 grammes de sous-nitrate de bismuth et 10 grammes d'eau de chaux.

Existe-t-il des coliques vives, n'hésitez pas à ajouter à cette potion une goutte de laudanum de Sydenham pour les enfants au-dessous d'un an, deux gouttes pour ceux au-dessous de deux ans et trois gouttes pour les enfants plus âgés.

Contrairement à l'opinion de quelques auteurs, je ne redoute point les effets de cet excellent agent thérapeutique. J'emploie souvent le laudanum de Sydenham chez les enfants, et je n'ai jamais observé d'accidents sérieux. Je prends, il est vrai, une précaution élémentaire chaque fois que je le prescris. Je donne ma potion laudanisée par cuillerée à café d'heure en heure chez les nouveau-nés, et je revois l'enfant au bout d'un temps qui varie entre dix à douze heures. A ma seconde visite, je suis fixé sur la tolérance de l'enfant et sur la ténacité du flux diarrhéique, et je modifie ou je continue ma prescription suivant mon observation. L'enfant est-il un peu abattu, je suspends le laudanum et je conseille, tout en faisant usage du bismuth et de l'eau de chaux, de l'eau de riz chargée de malaga (une cuillerée à dessert pour trois cuillerées à bouche d'eau de riz). Ce mélange est donné par cuillerée à café de quart d'heure en quart d'heure. Si l'enfant éprouve de violentes coliques, l'abattement ne persiste point, et je reviens à mes potions laudanisées.

Vous prescrirez, en outre, des lavements amidonnés cuits, précédés de lavements d'eau de guimauve.

Une fois la diarrhée enrayée, vous vous trouverez bien d'alterner des prises de magnésie avec les prises de bismuth. Vous éviterez ainsi la perte d'appétit et vous faciliterez le retour des fonctions digestives. Je préfère de beaucoup l'emploi de la magnésie à la médication par des mercuriaux (calomel, hydrargyrum cum creta) ou par les substitutifs irritants comme le nitrate d'argent.

D'une manière générale, vous supprimerez les bains. Les cataplasmes émollients suffiront amplement à calmer les sensations pénibles et les coliques vives.

Naturellement le catarrhe intestinal lié à la dentition ne doit pas être traité comme l'hyperhémie intestinale compliquant les pyrexies, ou les diathèses scrofuleuses et tuberculeuses. Le premier doit être modéré, quelquefois considéré comme peu digne d'attention, sauf dans les saisons très chaudes, où les craintes de diarrhée cholériforme restent toujours présentes à l'esprit et tiennent en éveil. La diarrhée des fièvres et des diathèses doit, au contraire, être combattue avec persistance, si on veut éviter un amaigrissement et une faiblesse progressive. A la suite de cette diarrhée catarrhale, vous vous trouverez en présence d'un état dyspeptique plus ou moins intense, que vous aurez encore à surveiller et à diriger par une hygiène et une médication appropriée. (*A suivre.*)

OPHTHALMOLOGIE

Traitement chirurgical de la cataracte (1) ;

Par le Dr GALEZOWSKI.

Leçon recueillie par le Dr BOUCHER.

On a objecté à mon procédé la difficulté d'inciser la capsule. Mais, si l'on y réfléchit, on voit que lorsque le couteau a fait sa ponction, on dirige son tranchant contre un cristallin maintenu en place par l'humeur aqueuse conservée. Il a donc ses rapports normaux et est très facile à atteindre. Il n'y a pas de crainte de blesser le bord de l'iris en dirigeant son tranchant contre cette membrane. Sa mobilité est telle qu'elle fuit devant le couteau, se laissant refouler et non entamer par lui. Au contraire, quand on achèvera d'abord la section de la cornée, l'humeur aqueuse étant perdue, le cristallin poussé en avant par la pression intra-oculaire n'a plus sa situation normale et la cornée plissée a perdu beaucoup de sa transparence qui permettrait à l'œil de guider les instruments. On introduit donc le kystitome en quelque sorte à tâtons : si l'on presse trop peu avec lui sur la capsule on ne l'incise pas et il faut recommencer la manœuvre, si l'on presse trop, on produit une semi-luxation qui gênera beaucoup l'engagement du cristallin et facilitera l'issue du corps vitré.

(1) Voir le n° 46.

Ce qui prouve que cette difficulté est réelle, c'est le nombre de kystitomes variés qu'on a inventés et qu'on inventera encore. Chaque opérateur a le sien : trouvant que l'instrument ordinaire n'incise pas bien le cristalloïde, il le modifie à son usage, alors qu'il serait plus rationnel de rechercher la cause de cette difficulté non dans l'outil, mais dans les circonstances opératoires.

La cataracte étant guérie comme opération, il reste à pourvoir le malade de lunettes qui devront être choisies en tenant compte de l'état antérieur de la réfraction et de l'astigmatisme traumatique qui suit toute incision de la cornée. Cet astigmatisme lui-même, dans beaucoup de cas, diminuera avec la constitution définitive de la cicatrice, au point de disparaitre ou de devenir négligeable. Il en résulte qu'au bout d'un certain temps il sera nécessaire de revérifier les lunettes qu'on a données au malade primitivement, peu après l'opération.

Jusqu'ici nous avons décrit l'opération de la cataracte telle qu'elle se pratique lorsque aucun incident ne vient la troubler. Mais il peut se présenter dans son exécution des difficultés spéciales et des accidents que nous allons passer en revue.

Ces accidents peuvent se classer en : accidents provenant du chirurgien ; accidents venant de l'indocilité ou de l'état nerveux du malade ; accidents tenant à son état constitutionnel. — C'est à cause de ces accidents que l'assistance d'aides exercés est nécessaire. L'opération de la cataracte, si elle marchait toujours régulièrement, pourrait être faite par le chirurgien seul : mais lorsque survient quelque chose d'anormal l'intervention des aides devient extrêmement utile.

Accidents provenant du chirurgien : La première chose à faire, dès que l'écarteur est placé, est de bien saisir l'œil avec la pince spéciale à fixation. Souvent on ne prend que la conjonctive. Cette membrane, chez beaucoup de malades, est friable, facile à déchirer, surtout si, comme cela n'est pas rare, les dents dont sont armées les pinces s'emboitent très exactement et si elles sont coupantes. Lorsque vous choisissez vos instruments chez le fabricant, je vous conseille de porter toute votre attention sur la pince fixatrice. Il faut, pour qu'elle soit bonne, que ses dents soient très aiguës, mais aussi qu'elles laissent entre elles, en se croisant, un petit intervalle, sans quoi vous couperez la muqueuse. Mais même avec un instrument bien fait, il arrive souvent que l'on ne saisit que la muqueuse, qui se déchire au moment où l'on taille le lambeau, surtout si on le fait à la partie supérieure. On se trouve alors très embarrassé pour achever sur un œil mobile, sur lequel on n'ose pas presser, parce que la chambre antérieure est déjà ouverte. Vous éviterez cet inconvénient en appuyant un peu sur le globe au moment de placer la pince, de façon à saisir le tissu sous-muqueux et la capsule de Ténon qui vous donneront un point d'appui solide. La pince bien placée, il ne faut plus exercer de pression sur le globe, mais le maintenir en l'attirant plutôt légèrement à vous avec la pince. On évitera ainsi de produire des subluxations du cristallin et, dans certaines formes de cataractes, de rompre le zonule de Zinn et de faire sortir le corps vitré.

L'œil bien fixé, vous faites la ponction, la discision et la contre-ponction. Ici il peut arriver que vous ayez mis une certaine lenteur dans la discision, ou que la chambre antérieure étant peu profonde vous ayez perdu une certaine quantité d'humeur aqueuse. L'iris peut alors venir se présenter au tranchant du couteau et être blessé. Si cet accident arrive, n'en tenez pas compte momentanément, achevez hardiment votre section; vous en serez quitte pour faire l'iridectomie après l'achèvement de votre lambeau.

Votre contre-ponction peut arriver dans la sclérotique. Ayez soin pour l'éviter de toujours voir la pointe de votre couteau. Dès qu'elle tend à disparaître vous êtes au point de votre contre-ponction.

Vous pouvez aussi venir aboutir dans la sclérotique parce que vous avez mal pris vos dimensions. Le lambeau, d'après ce que je vous ai dit, doit avoir son sommet dans la cornée transparente à 2 mm. du limbe. Cette précaution est nécessaire pour vous mettre à l'abri des enclavements de l'iris qui auraient la plus grande tendance à se produire dans une plaie aussi périphérique. Si, après avoir exécuté votre contre-ponction, vous continuiez à sectionner directement dans le sens où se trouve la lame, vous viendriez à peu près à coup sûr terminer dans l'endroit que je vous conseille d'éviter.

Voici le manuel opératoire que je vous recommande. Après avoir coupé directement l'espace de 2 à 3 mm. pour donner du jeu à l'instrument, faites dévier légèrement le tranchant en avant et vous achèverez le lambeau dans les meilleures conditions en le taillant directement d'avant en arrière.

Je vous ai engagés à inciser la capsule cristallinienne avec le couteau dès la ponction faite et je vous en ai donné les raisons. Il peut arriver que vous n'ayez pas suffisamment ouvert la capsule, ou même pas du tout. Dans ce cas, le cristallin ne s'engagera pas. La capsule peut aussi avoir résisté à votre couteau parce qu'elle est coriace et dure. Que faire? Il faut prendre le kystitome ordinaire, l'introduire selon les règles décrites partout et inciser la capsule. Si elle résiste encore, prenez une pince à griffe, saisissez légèrement la capsule et tachez d'en retirer un lambeau. Si à ce moment le cristallin ne vient pas encore, assurez-vous que votre plaie est assez grande et, quand vous en serez sûr, vous lèverez l'obstacle en pratiquant l'iridectomie. Dans certains cas, l'iris a contracté des adhérences avec la capsule, ou bien il coiffe le cristallin d'un tissu qui a perdu sa souplesse et son élasticité. Il faut absolument y faire brèche par l'"iridectomie. S'il ne vient encore pas, il existe une autre complication qui le rend adhérent à l'hyoloïde et à la capsule et il faut faire son extraction avec les pinces et la curette.

Dans tous les cas, que vos tentatives soient assez modérées pour ne pas amener la rupture de la zonule. Si cet accident arrivait, vous auriez le corps vitré et vous seriez exposé en terminant l'opération à vider l'œil. Si, malgré toutes vos précautions, il vous arrive un prolapsus du corps vitré, rabattez les paupières et surtout gardez tout votre calme. Après avoir laissé reposer le malade qui doit ignorer les accidents de l'opération, vous relevez avec précaution les paupières, vous faites regarder en bas et d'une main sûre et sans hésitation, vous conduirez la curette derrière le cristallin que vous retirerez en le pressant légèment contre la cornée. Rabattez les paupières et comprimez l'œil. Votre malade aura couru un grand danger, mais votre sang-froid seul a pu y parer.

L'inconvénient que l'on rencontre souvent est d'avoir une plaie trop petite. Avant d'opérer, il est important d'estimer le volume de la cataracte, sa consistance, et de proportionner l'ouverture à ces conditions. Il est bon, pour y arriver, de prendre d'avance un repère pour le point où portera la contre-ponction. Un vaisseau scléro-

tical, une petite tache de l'iris, etc., vous serviront pour cela. Lorsque la plaie est trop petite, le cristallin ne s'engage pas, ou s'il s'engage, il sort en produisant des déchirures et des contusions qui prédisposeront à la suppuration. Le danger est d'autant plus grand que l'on n'a pas fait l'iridectomie. Dans ces cas, au lieu d'insister sur les pressions, il faut sans hésiter agrandir la plaie avec un couteau boutonné ou avec une paire de ciseaux courbes à branches mousses.

Si l'on ne remédie pas à ce défaut, on exercera des pressions trop fortes sur le globe et on amènera la rupture de la zonule de Zinn, d'où apparition du corps vitré avant la sortie du cristallin. On aura alors les plus grandes difficultés pour terminer l'opération sans vider complètement l'œil. L'issue du corps vitré est l'un des accidents les plus fréquents de la méthode de Græfe ou l'iridectomie n'est pas toujours suffisante pour le passage du cristallin.

Accidents provenant du malade.—Le malade peut être trop excitable et alors son œil a une mobilité et une sensibilité exagérées. La cocaïne pare à cet accident. Mais il y a des malades si pusillanimes que, malgré la cocaïne, on est obligé de recourir au chloroforme. Généralement je n'aime pas employer le chloroforme à cause des vomissements qui suivent son administration et qui peuvent amener l'issue du corps vitré ou une hémorrhagie. Quand on ne veut pas chloroformer et qu'on voit cet état nerveux, il ne faut pas opérer par en haut, mais par en bas. L'œil se convulse involontairement en haut dans la défense et se présente alors dans des conditions favorables à l'incision inférieure et à la sortie du cristallin.

Si l'on a pu faire l'incision supérieure tranquillement et que cet état se produise après, que faut-il faire ? Il faut alors maintenir le bléphacostal ou les écarteurs et tirer l'œil en bas avec la pince à fixation. Dans ces cas, il sera bon d'exciser l'iris pour faciliter la sortie du cristallin.

Cette dernière partie de l'opération devra être bien surveillée. Il faut que l'aide rapproche graduellement les élévateurs au fur et à mesure de l'engagement de la lentille, et quand elle va sortir, le chirurgien doit lâcher la pince à fixer. Mieux vaut laisser un peu de couches corticales ; on en sera quitte pour faire plus tard une discision.

Au moment où l'on introduit le couteau, un mouvement brusque du malade peut lui faire luxer le cristallin ; l'humeur vitrée se répand alors dans la chambre antérieure. Il faut alors agir comme nous l'avons dit plus haut, exciser l'iris et retirer la cataracte avec la curette. Il est évident que les élévateurs auront dû être substitués au bléphacostal.

Si, après la sortie du cristallin, le corps vitré apparaît, il faut rabattre aussitôt les paupières et attendre en comprimant l'œil pendant une demi-heure. Pendant ce temps le repos se fait, l'iris rentre ou bien on le refoule avec le stylet. On applique alors un pansement compressif.

Enfin, l'opération terminée ou dans les intervalles de repos que vous accordez au malade, surveillez la façon dont il ferme les paupières. Beaucoup d'entre eux exagèrent le zèle qu'ils mettent à vous obéir et au lieu de faire doucement l'occlusion des paupières, comme dans le sommeil naturel, ils les ferment avec violence en contractant l'orbiculaire. Ce mouvement est dangereux, surtout si le corps vitré a tendance à se présenter. Vous devez y veiller et avertir le malade de ce qu'il a à faire. Quelquefois, au moment où l'on instille une goutte d'ésérine, ou lorsqu'on fait le pansement, le malade, chatouillé soit par une goutte de liquide qui déborde des paupières, soit par un fil de la bande, porte maladroitement la main à sa figure et se donne un coup funeste sur l'œil. Recommandez donc aux aides de ne pas lâcher les mains avant la fin du pansement et vous-même ayez l'attention éveillée sur ce point.

Les *accidents provenant de la constitution du malade* tiennent à différentes causes. L'œil opéré peut avoir été atteint de glaucome, d'irido-choroïdite, être fortement myope. Dans ces cas le corps vitré est très liquide et pendant l'opération il peut se présenter, dès que la section de la cornée est faite et sans que l'iris ait été touché. Un examen antérieur renseignera sur la possibilité de cette complication.

L'albuminurie et la glycosurie seront décelées par l'examen des urines qui doit toujours être fait avant l'opération. Dans ces cas, l'œil est prédisposé aux hémorrhagies, au décollement de la rétine, à la suppuration du lambeau. Il faut ne pas intervenir avant d'avoir modifié, par un régime convenable l'état constitutionnel.

Le glaucome est généralement une contre-indication à l'opération de la cataracte. Mais il y a des malades qui souffrent, sans que les sclérotomies puissent leur donner du soulagement. Le cristallin peut aussi être luxé et obliger à une intervention. Dans ces cas, il faut donner le chloroforme si l'on veut retirer le cristallin, faire une plaie petite, une iridectomie et retirer le cristallin avec la curette

Il faut agir de même dans les cataractes choroïdiennes luxées lorsque l'énucléation n'est pas possible.

Dans les cataractes traumatiques, lorsqu'elles sont résorbées en grande partie, il faut ne pas faire l'extraction, mais se contenter d'une capsulotomie et laisser résorber ce qui reste du cristallin.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Le pansement ouaté ; sa théorie et ses applications chirurgicales.

Il est bien rare qu'une découverte importante soit le fruit du hasard, et lorsqu'on étudie les circonstances qui ont présidé à sa naissance, on trouve presque toujours que son heureux auteur y était préparé par une longue suite de travaux et de profondes réflexions. Si M. Alphonse Guérin a imaginé son pansement ouaté à un moment où les bienfaits de cette nouvelle méthode ont produit une si vive impression, il ne faudrait pas croire que le spectacle lamentable des blessés entassés dans les hôpitaux, en 1870, et succombant en masse à l'infection purulente, lui ait fourni tout à coup cette heureuse inspiration. Ces circonstances ont seulement fait éclore une idée qui, depuis longtemps, était en germe dans son esprit, et, par une application des plus fertiles, elles ont apporté aux théories de ce chirurgien sur les infections chirurgicales, la plus éclatante confirmation. Dès le commencement de l'année 1847, M. Alph. Guérin avait soutenu, dans sa thèse inaugurale, que l'infection purulente est la conséquence de l'absorption de miasmes infectieux contenus dans l'atmosphère. A ce moment, la théorie de la phlébite comme cause de l'infection purulente était universellement

adoptée, et l'idée nouvelle, celle de l'origine miasmatique de la maladie, passa presque complètement inaperçue. Depuis lors, M. Alph. Guérin, devenu chirurgien des hôpitaux, n'a cessé de défendre et de propager sa doctrine. Un de ses élèves, M. Dibos, soutint, en 1868, dans sa thèse inaugurale, les idées de son maître. Enfin, en 1869, M. Guérin lui-même porta la question devant l'Académie de médecine et provoqua dans cette assemblée une longue et importante discussion. Mais quels étaient ces *miasmes*, quelles étaient ces *émanations*, qui, partant des plaies en suppuration, et absorbées par les plaies des blessés voisins, pénétraient dans le torrent circulatoire, pour donner naissance aux abcès métastatiques et à l'infection purulente? M. Alph. Guérin ne s'en expliquait pas clairement; il restait encore bien du vague dans cette théorie, qui, transportée dans la pratique chirurgicale, ne put porter aucun fruit. C'est seulement vers la fin de 1870 que, désespéré des insuccès continuels obtenus sur nos malheureux blessés, et cherchant à les sauver, M. Guérin en vint à se demander si ces miasmes redoutables, agents de l'infection purulente, n'étaient pas en réalité les germes ou ferments que M. Pasteur avait découverts dans l'air. Il pensa dès lors que le meilleur moyen de mettre les plaies à l'abri de ce contact funeste, c'était de filtrer l'air à l'aide d'une épaisse couche de ouate, comme l'avait fait dans ses expériences l'illustre savant. De là naquit le pansement ouaté. On sait quel retentissement eut la nouvelle méthode, grâce aux succès jusque-là inconnus qu'elle permit d'obtenir. Un des points sur lesquels insiste le plus M. Alph. Guérin, c'est la différence qui existe entre sa conception et celle de Lister. Ce dernier chirurgien, en adoptant sa méthode antiseptique, n'a eu en vue, dit-il, que de s'opposer à la putréfaction du pus; tandis que M. Guérin, se proposant de combattre l'infection purulente par la filtration de l'air, admettait, dès le début, la présence dans l'atmosphère des germes ou microbes producteurs de cette affection, microbes dont la démonstration histologique a été donnée plus tard par M. Pasteur.

En résumé, placer dans les germes contenus dans l'atmosphère la cause de l'infection purulente, et, par le filtrage de l'air, mettre la plaie à l'abri de ces germes ou microbes, telles sont les idées théoriques qui ont présidé à la découverte du pansement ouaté. Précisons maintenant les règles pratiques qui doivent guider dans la confection du pansement.

La première précaution à prendre, c'est de laver soigneusement le membre avec un liquide antiseptique, alcool, acide phénique, etc. Il ne suffit pas, en effet, d'empêcher par le filtrage de l'air l'arrivée des germes sur la plaie, il faut encore la mettre à l'abri des microbes qui peuvent exister sur le membre lui-même, au moment de l'application du pansement. Celui-ci devra être fait d'une façon différente, suivant qu'on cherche ou non la réunion par première intention. Si la plaie doit être laissée ouverte, après avoir fait soigneusement l'hémostase, on recouvre toute sa surface avec de minces lames de ouate, qu'on superpose les unes aux autres sans les tasser. On comble ainsi toute la profondeur de la plaie, et on la met de niveau avec la peau environnante. On enveloppe ensuite le membre avec des couches successives d'ouate qui sont superposées mollement les unes aux autres, jusqu'à ce que le volume du membre enveloppé d'ouate soit triple au moins de ce qu'il est à l'état normal. Quand la couche d'ouate est suffisante, ce dont on juge et par le volume du membre et par la possibilité de le comprimer entre les mains, au niveau de la plaie, sans faire souffrir le malade, il s'agit de maintenir la ouate à l'aide de bandes, et en même temps d'imprimer au pansement le degré de constriction nécessaire. C'est ici que le rôle des aides a la plus haute importance. Ceux-ci doivent être au nombre de deux au moins; l'un fixant la racine du membre, tandis que l'autre contient son extrémité terminale. Ils doivent maintenir le membre immobile et l'empêcher d'obéir aux mouvements de rotation que tend à lui imprimer le chirurgien enroulant les bandes autour de la couche de ouate. Un point essentiel à connaître, c'est la manière d'appliquer la première bande de toile. Il importe, en effet, de ne pas trop serrer cette première bande. Son rôle est d'affaisser légèrement la ouate et de la préparer à la compression qui devra être exercée seulement par les bandes suivantes. Si la compression exercée par la première bande était trop grande, elle s'enroulerait sur elle-même en forme de corde et étranglerait le membre. Les bandes suivantes sont appliquées avec une force progressivement croissante, et l'on ne s'arrête que lorsque le pansement présente une consistance assez ferme et qu'on peut le percuter sans faire souffrir le malade. Ne pouvant entrer dans des développements suffisants, nous ne faisons qu'indiquer ici les grandes règles nécessaires à connaître pour l'emploi de la méthode. On trouvera soigneusement exposés dans le livre que vient de publier récemment M. Alph. Guérin (1) tous les détails sans lesquels on ne peut se vanter de faire une bonne application du pansement.

Au fur et à mesure que les faits se sont multipliés, on a reconnu qu'il était possible même d'obtenir avec le pansement ouaté, la réunion par première intention. Ce sont surtout les amputations à lambeau qui se prêtent bien à la réunion immédiate sous le pansement ouaté. Dans les amputations à deux lambeaux, il est essentiel de bien soutenir par deux couches d'ouate les faces opposées des lambeaux, puis de les maintenir soigneusement dans la position qu'ils doivent occuper, de peur qu'ils ne soient entraînés par l'application des bandes circulaires. Dans les amputations à un seul lambeau, la réunion est plus facile; car, ici, le lambeau vient s'appliquer par son propre poids sur la surface de la plaie et il y est aisément maintenu par la compression ouatée. Avec le pansement ouaté, le drainage de la plaie est inutile; la compression est suffisante pour assurer l'écoulement des liquides. D'ailleurs, un tube en caoutchouc mou et dépressible serait bientôt affaissé par la compression et ne pourrait plus servir au drainage. Que si l'extrémité libre du tube était laissée en dehors du pansement, celui-ci perdrait ses propriétés les plus essentielles, puisque l'air et les germes qu'il contient trouveraient un libre accès jusque dans la profondeur de

(1) *Du pansement ouaté et de son application à la thérapeutique chirurgicale*, par Alph. Guérin, J.-B. Baillière, 1885.

la plaie. Ceci nous conduit à dire que M. Guérin repousse toutes les modifications qui ont été successivement proposées au pansement ouaté, telles que l'emploi de la ouate salicylée, celui d'un bandage de Scultet fait avec la ouate, enfin et surtout, les bandes silicatées substituées aux bandes de toile ordinaires, pour maintenir le pansement. En effet, il faut bien savoir que l'élasticité de la ouate est telle, que la compression du premier jour ne reste pas longtemps suffisante. Il est bientôt nécessaire d'augmenter cette compression, en ajoutant de nouveaux tours de bande. Si, par l'emploi du silicate, on constitue au pansement une enveloppe rigide, on ne pourra plus exercer une compression nouvelle. L'air pénétrera sur les confins du pansement entre le membre et la ouate insuffisamment serrée; il arrivera sur la plaie elle-même, et le pansement perdra par là même toute son action. Nous le répétons, nous ne pouvons entrer ici dans tous les détails d'application du pansement ouaté; on les trouvera soigneusement exposés dans le livre de M. Alph. Guérin; des planches jointes au texte aideront le chirurgien à se faire une bonne idée de son mode d'application. Nous avons hâte d'arriver aux indications de la méthode dans les diverses plaies chirurgicales et aux résultats qu'elle fournit.

De toutes les applications du pansement ouaté, l'une des plus intéressantes et des plus heureuses est celle du traitement des fractures compliquées. Elle exige, il est vrai, de minutieuses précautions sur lesquelles M. Alph. Guérin insiste avec juste raison. Même dans les cas où la suppuration s'est déjà montrée, où des accidents septicémiques se sont déclarés, le pansement ouaté peut réussir et conduire les malades à la plus heureuse guérison. M. Guérin nous en cite un exemple bien remarquable : c'est celui d'une femme qui, dix-sept jours auparavant, avait eu la jambe écrasée par une roue de voiture. Il y avait plusieurs esquilles et une plaie communiquant avec l'articulation tibio-tarsienne. La suppuration était abondante, l'odeur infecte et l'état général était si grave qu'on se disposait à pratiquer l'amputation. M. Guérin, appelé auprès de cette malade, lui appliqua un pansement ouaté, et, lorsqu'au bout de cinquante-cinq jours, on l'enleva, on trouva « les os consolidés et la plaie fermée d'une manière si régulière et si complète, que l'on eût juré qu'il n'y en avait jamais eu.» Nous-même nous avons souvenir de deux fractures compliquées, avec esquilles nombreuses, larges fusées purulentes, accidents septicémiques graves, qui guérirent merveilleusement, à partir du jour où nous les enveloppâmes dans le pansement ouaté. Par l'immobilisation rigoureuse qu'il assure, jointe à ses autres avantages, le pansement ouaté conviendra admirablement dans les résections, les plaies des gaines tendineuses et des articulations. On sait quelle heureuse application MM. Verneuil, Guérin et plusieurs chirurgiens après eux, en ont faite à l'extraction des corps étrangers articulaires. Il est à peine besoin de rappeler aujourd'hui quels services immenses le pansement ouaté rend dans les écrasements des extrémités des membres. Il n'est pas jusqu'au mal perforant qui, grâce aux conditions réunies d'antisepsie, d'immobilité et de température constante, se cicatrise sous le pansement ouaté. Malheureusement celui-ci étant sans influence sur la cause pathogénique, la récidive ne tarde pas à se produire. Mais c'est surtout dans les brûlures que le pansement ouaté rend aux chirurgiens et aux blessés d'admirables services. On sait quelles souffrances atroces cause aux brûlés l'exposition à l'air libre du derme dénudé : En mettant la plaie à l'abri du contact de l'air, le pansement ouaté calme les douleurs, en même temps qu'il prévient tous les accidents. Une autre propriété également fort importante du pansement ouaté dans le traitement des brûlures, c'est de combattre la rétraction cicatricielle qui atteint, comme l'on sait, dans ce genre de traumatismes, la plus déplorable gravité. Par la compression douce et régulière qu'il exerce, le pansement ouaté combat très efficacement cette tendance à la rétraction et permet d'obtenir des cicatrices très peu difformes et ne gênant que fort peu les mouvements. M. Guérin rapporte plusieurs exemples de cette utile application de son pansement empruntés à sa pratique et qui ont été cités dans la thèse de son élève, M. Schaffier. Nous-même nous avons observé à l'hôpital Saint-Louis, un jeune garçon chez lequel la peau de toute la face antérieure de l'avant-bras avait été arrachée par une machine. Nous le traitâmes tout d'abord avec succès par le pansement de Lister; la guérison de la plaie survint sans accident; mais quand la rétraction cicatricielle commença à s'exercer, nous vîmes peu à peu se produire la flexion forcée de l'avant-bras sur le bras. Nous eûmes alors recours au pansement ouaté pour lutter contre cet accident, et après plusieurs applications successives du pansement, nous fûmes assez heureux pour obtenir la guérison avec la conservation complète des mouvements. Enfin, s'appuyant sur l'autorité de M. Vedrènes, M. Guérin pense que l'une des applications les plus importantes de son pansement, c'est celle qui pourra en être faite à la chirurgie d'armée. On a reproché, à ce point de vue, à la ouate son volume considérable qui la rend difficilement transportable. Mais des essais intéressants dus à M. le médecin major Gros-Claude et rapportés par M. Vedrènes, montrent que la ouate est susceptible de subir une compression considérable, qui diminue singulièrement son volume, sans lui faire perdre ses propriétés.

Nous n'avons fait que signaler ici les principales applications du pansement ouaté: M. Guérin décrit son mode d'emploi, même dans les plaies du thorax et de la tête; mais ici la nécessité de permettre des mouvements et de laisser à découvert les orifices de la face, nous semble lui faire perdre une grande partie de ses avantages. Il est vrai que pareil reproche peut être fait aux autres formes de pansements antiseptiques.

Enfin, dans un chapitre spécial de son livre, M. Alph. Guérin rappelle les statistiques faites à propos du pansement ouaté. Il montre que, si la statistique de Hervey paraît au premier abord peu favorable, cela tient aux circonstances particulièrement fâcheuses dans lesquelles on se trouvait alors et aussi au manque de précision dans l'application de la méthode à ses débuts. Depuis lors, les statistiques recueillies par M. Guérin à l'Hôtel-Dieu démontrent l'excellence des résultats. On peut regretter seulement avec l'auteur qu'un séjour

plus long à Saint-Louis, où la chirurgie est si active, ne lui ait pas permis de recueillir un plus grand nombre de faits, et, par suite, de réunir des statistiques imposantes, de nature à forcer toutes les convictions. C'est moins toutefois par l'accumulation de faits disparates, assemblés sans méthode et imparfaitement recueillis, comme il arrive trop souvent dans les statistiques, que par l'étude de quelques faits probants et bien observés que se forme le jugement. D'ailleurs, pour le pansement ouaté, on peut dire que la preuve est faite depuis longtemps. Ce qui manquait, c'étaient des règles nettement formulées pour son application, c'était la connaissance exacte de ces détails sans nombre qui ont la plus grande part dans le succès final. Savoir que le pansement ouaté se fait avec de la ouate et des bandes, ce ne serait pas plus le connaître, qu'on ne saurait le pansement de Lister, parce qu'on connaîtrait le mackintosh et la gaze phéniquée. Le livre récent de M. Guérin comble donc heureusement une véritable lacune, et il est appelé à rendre aux malades et aux chirurgiens les plus grands services. E. KIRMISSON.

Ouverture du cours des maladies nerveuses à la Salpêtrière : M. Charcot.

Lundi dernier, M. le professeur CHARCOT a fait sa première leçon à la Salpêtrière. Celle-ci a porté sur un homme atteint, il y a deux ans, d'un traumatisme à la jambe gauche. A la suite de ce traumatisme, est survenue une affection articulaire présentant tous les caractères d'une coxalgie et considérée comme telle par quelques-uns des médecins qui ont soigné le malade ; d'autres, au contraire, pensaient avoir affaire à un simulateur. — Or, cette arthropathie n'est autre chose qu'une coxalgie hystérique. C'est à l'étude de ce diagnostic délicat que M. Charcot a consacré son cours, continuant ainsi la série des leçons qu'il a faites le semestre dernier sur les paralysies hystériques d'origine psychique à la suite d'un traumatisme.

Ces leçons, on s'en souvient, ont été le point de départ de nombreuses publications et communications aux différentes sociétés savantes. En terminant son cours, M. Charcot a prémuni ses auditeurs contre cette tendance fâcheuse qu'ont les esprits, même les meilleurs, à considérer comme dus à la simulation tous les phénomènes qui ne rentrent pas exactement dans les cadres de la nosographie actuelle.

Le professeur fera ses leçons à l'amphithâtre, les lundis à neuf heures et demie ; les mardis à la même heure, il examinera les malades de la *Consultation externe* et continuera les conférences cliniques qu'il a l'habitude de faire pendant cet examen.

Ouverture du cours de clinique chirurgicale à l'hôpital de la Charité : M. U. Trélat.

Le mercredi 11 décembre, une assistance nombreuse et sympathique, dans laquelle on remarquait des agrégés de la Faculté, un médecin et plusieurs chirurgiens des hôpitaux, remplissait longtemps avant l'heure le trop vieil amphithéâtre de la Charité. M. le professeur U. TRÉLAT ouvrait son cours de clinique chirurgicale par une leçon magistrale dans laquelle il traçait, avec le talent oratoire que l'on sait, le tableau des conquêtes de la chirurgie moderne. Exposant dans un langage plein de grandeur et de glorieuse conviction, le tableau comparé des deux chirurgies : l'ancienne, celle d'il y a dix ans, et la moderne, celle d'aujourd'hui, le professeur montrait les chirurgiens affolés par les insuccès, fuyant les plus petites opérations « car les opérés mouraient comme si, avec une seringue, on leur eût inoculé une septicémie aiguë. » Mais le tableau change et s'éclaircit, le chirurgien opère et guérit à coup sûr ; devenu plus hardi, il va peut-être commettre quelque témérité, mais la conquête existe, manifeste ; qui oserait la nier ? elle est grande, fructueuse. « La chirurgie a grandi et affermi son domaine. »

Puis, le professeur fixait en traits frappants l'idéal du vrai chirurgien « savant, artiste, artisan, habile surtout à reconnaître et à formuler l'indication thérapeutique. » Combien différent du *brillant opérateur* d'autrefois, devenu l'opérateur habile et soigneux. Il disait la médecine et la chirurgie intimement liées, la dernière n'étant qu'une branche spéciale de l'autre ; spéciale par sa forme thérapeutique, l'acte chirurgical.

M. Trélat a particulièrement insisté sur la nécessité absolue pour le chirurgien de connaître toute la pathologie, étant donné le rôle prépondérant que doivent tenir les états diathésiques dans les préoccupations du chirurgien qui va décider une intervention et en fixer le mode.

Le professeur a terminé en montrant l'avenir si grand et si prochain de la chirurgie et en indiquant à ses auditeurs les points qui appellent plus spécialement des recherches. Parmi ceux-ci, il a mis au premier rang les conséquences de l'ablation de certains organes que la chirurgie actuelle n'hésite pas à enlever, assurée qu'elle est du succès immédiat, lorsqu'ils sont devenus la proie d'une maladie de la cause d'un danger immédiat. Plus d'un, parmi les auditeurs a dû dire en sortant : je serai chirurgien.

Ouverture du cours de clinique infantile : M. Grancher.

Samedi, 14 novembre, M. le professeur Grancher a commencé ses leçons cliniques dans l'amphithéâtre de l'hôpital des enfants malades (rue de Sèvres). Comme il l'a rappelé au début de cette leçon d'ouverture, l'enseignement libre a précédé l'enseignement officiel dans cette branche si importante de la pathologie infantile. Presque tous les médecins de l'hôpital des enfants ont bien voulu jusqu'à ce jour, dans l'intérêt de l'enseignement et de la médecine pratique, donner des leçons non seulement au lit du malade, mais encore à l'amphithéâtre, affrontant ainsi, avec un dévouement digne d'éloges, les fatigues et les ennuis d'un cours public. Nos lecteurs savent avec quel succès cette tradition se continue, puisqu'ils ont pu trouver ici même, dans les colonnes de ce journal, les échos des savantes leçons faites par les Archambault, les Jules Simon, etc. Cette justice rendue à ses collègues et à ses devanciers réels, sinon officiels, dans la chaire qu'il occupe aujourd'hui, M. Grancher a exposé son programme ou plutôt le mécanisme de son enseignement à l'hôpital des enfants. Avec une modestie, une bienveillance et une libéralité bien rares chez un homme revêtu de la robe rouge, le jeune professeur de pédiatrie fait appel au concours et à la collaboration de tous ses élèves et de tous les médecins qui peuvent et veulent bien prendre part à ce travail en commun, à cet *enseignement mutuel* qui paraît appelé à rendre les plus grands services aux étudiants comme aux jeunes praticiens qui fréquentent la clinique. Chacun a sa tâche quotidienne, chacun opère et se meut dans un champ limité qui lui appartient, chacun à tour de rôle est appelé à commander dans cette compagnie de volontaires enrôlés par M. Grancher. Il y a un médecin pour les maladies de la peau, un autre pour le larynx, un pour les oreilles, un

pour les yeux, pour les dents, etc. Ajoutons que les spécialistes qui ont répondu à l'appel de M. Graneher sont tous des médecins sérieux et éprouvés dans la spécialité qu'ils ont embrassée. Il nous a semblé qu'il y avait dans cette organisation de l'enseignement clinique due tout entière aux efforts du professeur Grancher, une innovation utile et un bon exemple. Cette répartition, cette division du travail, loin d'affaiblir et d'énerver l'enseignement, ne peut que le fortifier en le rendant pratique. Nous verrons bientôt du reste comment le professeur aura su tirer parti des dévouements et des efforts auxquels il a fait un si bon accueil. Nous lui souhaitons le succès qu'il mérite à tous égards.

Cours pratique des autopsies de l'Hôtel-Dieu : M. Cornil.

M. le professeur Cornil a commencé le vendredi 13 novembre, à l'Hôtel-Dieu, ses *Conférences d'anatomie pathologique*. Tous les vendredis, M. Cornil montrera aux élèves les pièces intéressantes qu'il aura recueillies pendant la semaine, en pratiquant chaque jour les autopsies des différents services; après chaque démonstration, le professeur fera une leçon sur les sujets se rapportant aux pièces anatomiques. Cette méthode, M. Cornil l'a suivie dès sa première leçon ; il a montré les pièces d'une malade chez laquelle existait un volumineux kyste hydatique du foie ayant perforé le diaphragme et pénétré dans le poumon droit qu'il occupait en grande partie. Mais ces pièces isolées ne donnaient guère l'idée de ce qu'était la lésion sur le cadavre aussitôt après l'ouverture ; M. Cornil a voulu montrer cet aspect aux élèves ; il a donc lui-même fait, au moment de l'autopsie, une fort jolie aquarelle indiquant l'état des parties et il a pu la faire voir aux élèves, complétant ainsi sa démonstration, grâce à l'habileté de son pinceau d'aquarelliste. Après la leçon, M. Cornil a expliqué aux élèves une série de préparations histologiques, destinées à bien fixer dans leur esprit l'aspect des hydatides, des parois kystiques, etc. En somme, M. Cornil suit toujours sa méthode si éminemment utile de démonstration ; les pièces anatomiques sont le point de départ d'un intéressant exposé théorique de la question, puis les préparations microscopiques viennent expliquer les faits d'histologie pure et enfin, innovation des plus heureuses, l'aspect de la lésion sur le cadavre est fidèlement reproduite par le professeur lui-même et montrée ensuite aux élèves lorsqu'il ne lui est pas possible de faire l'autopsie devant eux.

Asile clinique (Sainte-Anne). Cours des Maladies mentales : M. Magnan.

Dimanche dernier, M. le Dr Magnan a ouvert son cours annuel de maladies mentales, dans l'amphithéâtre de l'admission à Sainte-Anne, en présence d'un auditoire nombreux et sympathique. Il étudiera cette année la folie héréditaire, qu'il comparera dans certaines phases de son évolution à la paralysie générale et au délire chronique. Il établit d'abord l'importance de cette étude qui se justifie par les trois raisons suivantes :

1° La folie héréditaire embrasse dans son ensemble de nombreux syndromes, qu'on considère habituellement comme des maladies distinctes (dipsomanie, agoraphobie, manie raisonnante, folie morale, folie du doute, etc.) ; — 2° Elle est intéressante au point de vue de la physiologie pathologique, en ce sens qu'elle démontre mieux que l'expérimentation l'indépendance et les localisations diverses des fonctions physiologiques dans toute la hauteur de l'axe cérébro-spinal ; — 3° L'héréditaire est intéressant au point de vue médico-légal ; quel que soit l'aspect sous lequel il se présente; en effet, il est le plus souvent en contradiction avec les lois.

A l'objection fournie par ce fait que presque toutes les folies sont héréditaires, M. Magnan répond que cette expression de folie héréditaire consacrée par l'usage, pour désigner un ensemble morbide bien caractérisé serait avantageusement remplacée par l'expression : *folie des dégénérés*. Il dit à ce propos, que l'influence de l'hérédité varie en quantité ; et il dose la somme des influences réciproques qu'exercent sur tel malade pris au hasard, les causes prédisposantes et les causes déterminantes, ces dernières étant en raison inverse des premières.

Il décrit ensuite la folie puerpérale, comme entité morbide : Une folle puerpérale est toujours une héréditaire, et la durée de l'accès sera précisément en raison de l'intensité de l'influence.

Certains malades, présentant tous les attributs des héréditaires, se refusent à entrer dans la même liste que ces derniers; ces attributs ont été acquis après la naissance, par le fait de l'intervention d'une maladie aiguë grave, ayant entraîné la destruction d'un ou de plusieurs des rouages nécessaires à l'équilibre cérébro-spinal (Travaux de Fritz, Roger, Damaschino, Westphal, Déjerine, Popoff, Landouzy.)

M. Magnan démontre, par une observation typique, que les stigmates psychiques de la folie héréditaire apparaissent déjà chez le jeune dégénéré. Cet argument lui sert pour réfuter l'opinion de Morel qui accorde au délire émotif la valeur d'une entité, sans avoir vu que ses *émotifs* étaient des héréditaires. M. Magnan explique comment on peut identifier les différents syndromes de la folie héréditaire l'un à l'autre :

« Il semblerait, dit-il, qu'aucun rapprochement ne saurait être établi entre l'onomatomanie, la dipsomanie et la perversion sexuelle qui pousse le spinal à l'onanisme, et cependant, au point de vue physiologique, le phénomène est au fond le même. Il s'agit, dans tous les cas, d'un centre surexcité réclamant le retour d'une sensation déja connue; l'apparition de l'image tonale, c'est-à-dire du nom, dans le centre cortical suffit à calmer l'onomatomane; l'impression alcoolique transmise par les nerfs de l'estomac au centre bulbaire et à l'écorce donne satisfaction à l'appétit du dipsomane; la répétition de l'acte qui fait renaître la sensation dans le sens génito-spinal, apaise momentanément les désirs de l'onaniste. Dans tous les cas, il s'agit de reproduire une sensation appropriée à un centre. »

M. Magnan énumère ensuite les signes physiques de la dégénérescence, en commençant par l'idiot hydrocéphale, par exemple, et en remontant vers le dégénéré supérieur asymétrique. Puis il passe à l'étude de l'état mental des dégénérés, montant également du simple au composé, montrant les cases cérébrales anormalement développées, soit par arrêt de développement, soit par lésions dégénératives (sclérose ou ramollissement), donnant la raison de l'éducabilité et de la non-éducabilité de certains idiots, les cerveaux non éducables étant ceux qui procèdent des lésions sclérosiques, c'est-à-dire progressives et inexorables, et terminant par la présentation d'une dégénérée supérieure, qui permet d'étudier un bon nombre des syndromes habituels aux héréditaires. Quelques projections photographiques de malades ont terminé la séance.

Clinique médicale de la Faculté à la Charité : M. Hardy.

M. le professeur Hardy a repris ses leçons de clinique médicale, à l'hôpital de la Charité, le samedi 14 novembre. Nous n'avons pas à rappeler dans ce journal le côté éminemment pratique de l'enseignement de M. Hardy. Tous les ans, M. Hardy consacrait sa première leçon à un exposé général des malades et des maladies ; cette année, il s'est efforcé d'esquisser le but de la clinique et d'entrer en communication avec ses nombreux élèves en présentant un des malades de son service. L'enseignement de la médecine pratique, à l'aide de l'examen des malades, tel est le but de la clinique. Cette science tend à soulager les malades. Les maladies sont décrites dans les livres, les malades ne se font connaître qu'à l'hôpital. La maladie de la pathologie ne ressemble jamais au malade de la clinique ; à côté du type, du portrait idéalisé, il y a la réalité avec toutes ses nuances. En clinique, le médecin procède comme un juge d'instruction ; il scrute la vie antérieure, le passé de son client; il analyse tout ce qui touche au présent, les symptômes et les signes, ne se hâte pas de conclure et doit agir avec discernement et réflexion. Ce préambule établi, M. Hardy présente un malade, couché au numéro 22 de la salle Saint-Charles et atteint d'ictère. Après avoir passé en revue toute l'histoire clinique de son malade, après avoir établi son diagnostic, son pronostic et son traitement, M. Hardy a exposé le côté urologique de la question. On sait, du reste, que M. le professeur Hardy a coutume de compléter son enseignement en utilisant journellement les ressources du laboratoire et de l'amphithéâtre. Toutes les fois que l'occasion se présente, il pratique les autopsies devant ses élèves, et s'adresse soit à la chimie, soit à l'expérimentation. M. Hardy fait des leçons cliniques, à l'amphithéâtre, le mardi et le samedi, à 10 heures. Le jeudi est consacré à l'examen des malades par les élèves. La visite a lieu tous les jours à 9 heures.

Ouverture du cours d'Histoire de la médecine : M. Laboulbène.

M. Laboulbène a commencé le cours d'Histoire de la médecine le vendredi 13 novembre, dans le petit amphithéâtre et il le continuera les lundi, mercredi et vendredi de chaque semaine à 4 heures. Le professeur poursuit l'exposé des principales découvertes en médecine et en chirurgie, y adjoignant des biographies médicales et des notions de bibliographie. La première leçon a en plus été consacrée à Paronche et à Van Helmont. Il est à désirer que le professeur enseigne à ses élèves à se montrer exacts et impartiaux dans leur critique historique. Les spécimens qu'il leur a fait consacrer à quelques hôpitaux prescrivent cette réserve.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 9 novembre 1885. — Présidence de M. Jurien de la Gravière.

MM. Marey et Demeny présentent un mémoire sur la *mesure du travail mécanique effectué dans la locomotion de l'homme.* — Trois éléments principaux interviennent dans cette mesure : le travail suivant la verticale, le travail suivant l'horizontale, le travail nécessaire à l'oscillation du membre inférieur pendant la suspension. Il y a pour chaque allure certaines cadences particulièrement favorables ; ce sont celles où la vitesse croît [illegible] la dépense de travail. Il ne faut pas que la dé[illegible] vail se fasse en un temps trop court, sans q[illegible] tion des forces musculaires n'arriverait plus [illegible] la fatigue.

M. Brown-Séquard a fait des recherches expérimentales paraissant prouver que les *muscles atteints de rigidité cadavérique restent doués de vitalité jusqu'à l'apparition de la putréfaction.* Les muscles atteints de raideur *post-mortem*, probablement sous l'influence excitatrice des changements chimiques qui s'y produisent constamment et y préparent la putréfaction, se contractent et s'allongent alternativement nombre de fois depuis le moment où la rigidité s'y montre jusqu'à ce qu'elle y cesse. Cette rigidité n'est donc pas un état de mort des muscles, mais un passage de la vie à la mort, passage qui peut durer nombre de semaines.

MM. Dujardin-Beaumetz et Bardet présentent une note sur les *propriétés hypnotiques de la phényl méthylacétone.* Nous avons analysé ce travail dans notre dernier numéro (C. R. de l'Académie de médecine).

M. Bourquelot continue ses recherches sur la composition et la fermentation du sucre interverti. P. L.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 14 novembre 1885. — Présidence de M. Hanot.

MM. Pitres et Vaillard ont constaté que des névrites parenchymateuses diffuses, nettement caractérisées par la fragmentation de la myéline, la prolifération des noyaux des segments inter-annulaires et par l'atrophie plus ou moins complète des tubes, pouvaient se développer dans le courant de la fièvre typhoïde. Ces lésions, qui intéressent les nerfs superficiels et profonds des membres ont été rencontrées sur quatre sujets morts à diverses périodes de la dothiénentérie, sans avoir accusé durant leur maladie de symptômes imputables à un trouble du système nerveux périphérique. Dans ces faits, le cerveau et la moelle n'étaient le siège d'aucune altération appréciable à l'œil nu. Les racines médullaires présentaient au microscope, leur structure normale, mais les différents nerfs examinés ont montré des lésions constantes, plus ou moins profondes et étendues suivant les cas, pouvant aller jusqu'à la destruction presque complète du tube nerveux. Sur quelques-uns de ces nerfs, une partie seulement des fibres était atteinte; sur d'autres, c'est à peine si l'on retrouvait encore quelques tubes nerveux sains. La constance des lésions névritiques dans les quatre faits examinés ne saurait indiquer leur fréquence réelle ; elle laisse préjuger du moins que cette éventualité ne doit point être rare. Les altérations de cette nature méritent d'être rapprochées de certains troubles sensitifs, moteurs ou trophiques maintes fois signalés pendant la convalescence de la fièvre typhoïde. Légères et peu durables, ces névrites diffuses peuvent rester ignorées: étendues, tenaces et profondes, elles se traduiront, suivant leur siège, soit par des troubles sensitifs isolés, soit par des phénomènes paralytiques, soit aussi, et simultanément, par des désordres sensitifs, moteurs et trophiques.

M. Pouchet expose que, chez les plagiostomes placés dans de mauvaises conditions hygiéniques, on peut constater qu'il existe une communication entre les vaisseaux sanguins et les lymphatiques. En effet, ayant fait l'autopsie d'une raie qui présentait de l'ascite dont le liquide était remplie de globules vitellins mis en liberté par la rupture d'une vésicule de de Graaf, il constata que ces mêmes globules existaient dans le sang qui remplissait les cavités du cœur. Evidemment, ils avaient été absorbés par les lymphatiques péritonéaux et n'avaient pénétré dans le sang que par une voie de communication existant entre les deux réseaux.

M. Dubois, désireux de savoir si l'introduction de la vaseline dans les opérations culinaires était défavorable à la santé, nourrit depuis dix jours des chiens avec de la

... vec cette substance. Jusqu'à présent il n'a ... n effet nocif.

... uteur a observé un cas d'empoisonnement par l'essence minérale. Le malade eut des convulsions et un délire effrayants. Afin d'absorber les gaz, l'empoisonné a absorbé de grandes quantités de noir animal; les suites ont été peu graves.

M. F. FRANCK, complétant sa première communication sur les bruits extra-cardiaques, émet l'opinion que ces bruits ne sont pas dus, comme l'ont cru un certain nombre d'auteurs, au choc du cœur au moment de la systole ventriculaire, mais bien à la diminution de volume systolique des ventricules.

GILLES DE LA TOURETTE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 17 novembre 1885. — PRÉSIDENCE DE M. BERGERON.

M. LANCEREAUX fait une communication sur l'*alcoolisme* Si l'alcoolisme est de date récente, il faut l'attribuer à la consommation des alcools produits par la fermentation des grains, de la pomme de terre, de la betterave, car tous les alcools ne produisent pas les mêmes désordres. Le cidre et la bière engendrent rarement les accidents de l'alcoolisme; il en est de même du vin qui, pris en excès, prédispose cependant à la cirrhose, à la tuberculose, au delirium tremens. Chez les enfants, l'usage prématuré du vin semble prédisposer à la méningite tuberculeuse. Les autres alcools agissent énergiquement sur le système nerveux, et produisent des fourmillements, des analgésies, des tremblements, des contractures, des troubles vaso-moteurs, des hallucinations, des insomnies, du délire, de l'abrutissement. Le vulnéraire, l'absinthe, la menthe, etc., déterminent des accidents semblables et provoquent des picotements du côté des extrémités ainsi qu'au niveau du point d'émergence des nerfs; ces liqueurs amènent la dégénérescence de la race. Afin de remédier à cet état déplorable des choses, les autorités administratives devraient : 1° Accorder une liberté absolue à la vente des boissons peu ou pas nuisibles. à la condition qu'elles soient de bonne qualité et non falsifiées; 2° exercer une surveillance active sur la fabrication des eaux-de-vie de grains, de betteraves et de pommes de terre ; 3° frapper les eaux-de-vie du commerce d'un impôt élevé; 4° punir les personnes trouvées en état d'ivresse, et établir des maisons de refuge pour celles qui ne peuvent se préserver de l'abus des liqueurs fortes.

M. LEBLANC lit un rapport relatif à un travail de M. Chassinat (d'Hyères) sur *une épizootie de rage observée dans le Var*. En 1884, le nombre des chiens enragés a été considérable dans le département du Var; ces chiens ont mordu de nombreux animaux. Les conséquences n'ont pas tardé à se montrer chez plusieurs personnes. — Parmi ces dernières, il en est une qui fut mordue à la main par un chien, devint malade et succomba avec tous les symptômes de la rage. Or, ce même chien mordait en même temps deux autres personnes au nez et à la lèvre. Ces deux dernières sont restées bien portantes. A l'occasion de ce travail, M. Leblanc regrette que les mesures administratives, édictées contre les chiens enragés et les animaux mordus par ces chiens, ne soient pas scrupuleusement observées et estime qu'il est indispensable d'organiser et de centraliser un service, dont le but serait de mettre un frein au développement de la rage.

M. FERRAND lit un travail sur le *sanitarium d'Argelès*, installé dans une vallée et destiné à recevoir des petites filles, nées de parents phthisiques et atteintes elles mêmes de tuberculose pulmonaire au début.

L'Académie se constitue en comité secret, à l'effet d'entendre la lecture de plusieurs rapports sur les prix et sur les candidats au titre de membre correspondant national dans la division de chirurgie et au titre d'associé national.

A. JOSIAS.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 13 novembre 1885. — PRÉSIDENCE DE M. VIDAL.

M. JOFFROY appelle l'attention sur une forme de lésion du pied que l'on rencontre souvent dans l'ataxie locomotrice et qui est bien différente du pied tabétique, dont Chauffard a présenté un exemple dans la dernière séance. Cette altération que l'auteur dénomme *pied-bot tabétique* peut se présenter sous deux aspects correspondant à deux états de la même forme pathologique. 1° Lorsque le sujet est couché, le pied s'étend fortement sur la jambe, les orteils sont déviés en dedans ; mais, sous l'influence de la volonté, le malade peut fléchir son pied et les choses reviennent à l'état normal. Il y a pourtant déjà du relâchement des ligaments du pied. Dans un second degré, l'aspect est celui du pied-bot varus équin par contracture, mais le pied est fixé en cette forme, les orteils sont très fortement fléchis, les muscles petits, émaciés ; le pied ballotte lorsqu'on agite la jambe du malade, mais il conserve sa forme qu'il est impossible de modifier. La lésion est généralement symétrique ; elle peut être moins avancée d'un côté que de l'autre. Quelle est la pathogénie de cette forme morbide ? Il ne saurait être question de lésion osseuse, c'est le système musculaire qui doit être incriminé.

D'après M. Joffroy, ce n'est pas là un pied-bot atrophique, comme dans la paralysie infantile ; il ne s'agit pas là non plus de tonus exagéré comme dans l'hémiplégie, mais, au contraire, la lésion se produit du fait de l'absence de la tonicité musculaire, le pied n'étant plus maintenu par les muscles, abandonné à lui-même, se dévie mécaniquement, puis se fixe dans cette nouvelle position.

M. DUMONTPALLIER affirme la non-inoculabilité de la varicelle et critique les essais d'inoculations de varicelle exposés dans la dernière séance par M. d'Heilly ; il attribue bien plutôt à la contagion qu'à l'inoculation expérimentale la production de la varicelle chez les sujets observés. Il rappelle l'opinion de Trousseau qui n'avait jamais réussi à inoculer cette maladie, pas plus qu'aucun médecin, d'ailleurs, sauf Steiner (1876) qui assignait une durée d'inoculation de huit jours, mais dont les inoculations expérimentales sont passibles d'objections, au dire de M. VIDAL, parce qu'il les pratiquait dans un service hospitalier et pendant une épidémie.

MM. BUCQUOY et DUMONTPALLIER pensent que de toutes les fièvres éruptives la varicelle est la plus contagieuse, opinion contredite par M. CADET DE GASSICOURT qui considère la rougeole comme plus contagieuse que la varicelle et moins chez les enfants malades chroniques, et par M. DAMASCHINO qui cite la non-contagiosité qu'il a pu observer à l'hôpital des enfants. Lui non plus n'a pu réussir à inoculer la varicelle, aussi bien à des enfants qu'aux nouveau-nés.

M. DESNOS montre des pièces anatomiques provenant d'un phthisique à la troisième période, qui présenta un jour une parésie très marquée de la jambe droite sans anesthésie. La paralysie augmenta peu à peu et huit jours après le malade succombait sans avoir présenté de paralysie ailleurs. A l'autopsie, on trouva un noyau tuberculeux occupant le tiers supérieur de la circonvolution pariétale ascendante et le lobule paracentral, il y avait aussi un peu de méningite assez récente sur la frontale ascendante.

M. RENDU présente un malade âgé de 28 ans qui, s'étant endormi la tête appuyée sur le bras, près de l'aisselle, se réveilla avec une paralysie du bras simulant une paralysie radiale par compression, sauf que la contractilité électrique était conservée, que le biceps et les muscles de l'épaule étaient également atteints. On constata bientôt qu'il y avait également du même côté de la parésie du membre inférieur, et une paralysie faciale portant aussi sur la langue et la luette. De plus une hémianesthésie complète, une diminution considérable des sens spéciaux et un rétrécissement marqué du champ visuel du même côté. Il n'y a donc pas de doute, il s'agit bien d'un hystérique, quoiqu'il n'y ait jamais eu d'attaque et que l'on n'ait pu découvrir de zone hystérogène. M. TROISIER qui a observé ce même malade confirme ce diagnostic.

L. CAPITAN.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 18 novembre 1885. — Présidence de M. Horteloup.

Dans son comité secret du 11 novembre, sur la proposition de la commission désignée pour examiner la demande de M. le Dr de Fornel, la Société a décidé que les aides-médecins de la marine nommés au concours, pouvant être asssimilés aux internes des hôpitaux, avaient le droit de concourir pour le prix Duval.

M. Le Dentu rapporte l'observation d'un homme qui s'était tiré un coup de revolver dans la région frontale ; il s'ensuivit une monoplégie brachiale, une aphasie incomplète et des vomissements répétés ; c'est même en raison de ces derniers symptômes qu'on avait pensé à une lésion des lobes postérieurs du cerveau, la balle n'ayant fait dans son trajet qu'effleurer les centres moteurs de la partie supérieure du cerveau. Il n'y eut pas d'accidents immédiats; la monoplégie et l'aphasie même disparurent, et vers le quarantième jour, le malade put sortir et se promener; mais à quelque temps de là, des troubles intellectuels apparurent, un affaissement physique se manifesta et le malade tomba dans un état semi-comateux, avec vomissements fréquents. L'encéphalite semblant certaine, il n'y eut pas d'intervention, et le malade succomba rapidement. L'autopsie montra qu'il existait, à partir du point de pénétration jusqu'aux lobes occipitaux, une traînée d'encéphalite qui conduisait jusqu'à la balle; celle-ci était logée dans le lobe occipital, complètement isolée et sans trace d'encéphalite avoisinante. Dans ce cas donc, la trépanation n'eût donné aucun résultat, et M. Le Dentu se félicite de n'être point intervenu.

M. Pozzi fait un rapport sur un appareil de M. le Dr Desplats (de Lille). M. Pozzi fait remarquer que M. Chassagny (de Lyon) avait déjà, en 1877, employé des appareils analogues pour la *compression par l'air et par l'eau.* Mais il est juste de remarquer que la pression était obtenue par M. Chassagny en refoulant directement le liquide dans des coussins compresseurs, tandis que M. Desplats utilise simplement l'influence de la pesanteur et les principes de l'hydrostatique.

M. Terrier fait une communication sur l'*influence des ovariotomies doubles sur la menstruation.* Ses études ont porté sur 22 opérées, qui ont subi l'ablation des deux ovaires, tantôt simultanément, tantôt successivement. Toutes ces opérations ont été faites pendant la période sexuelle active. Dans la plupart des cas, la fonction menstruelle a été supprimée, tantôt immédiatement après l'ablation, tantôt quelques mois après. Cependant, les règles peuvent reparaître un certain nombre de fois dans les années qui suivent. Dans trois cas même, M. Terrier a constaté la persistance régulière de l'écoulement menstruel. Il pense que, dans ces cas, il restait encore une petite portion d'ovaire restée en place; il arrive en effet assez souvent que, par suite de la difficulté de la pédiculisation, on porte la ligature en plein tissu ovarien. Il n'y aurait donc rien d'étonnant à ce que, dans ce cas, l'écoulement sanguin reparût après une double ovariotomie, et ces faits n'infirment en rien la théorie aujourd'hui en vigueur sur les rapports de l'ovulation et de la menstruation.

M. Lucas-Championnière admet, comme M. Terrier, que des menstrues persistantes, après une double ovariotomie, appartiennent à des femmes qui ont conservé une partie de leur ovaire. Mais il peut aussi arriver que, même après l'ablation totale, complète des ovaires, la fonction menstruelle réapparaisse, mais elle s'éteint vite. Il y a comme une sorte d'habitude à la menstruation, qui ne disparaît que peu à peu avec la disparition de l'ovaire.

M. Tillaux a fait deux fois l'ablation double des ovaires. Dans un cas, les règles ont persisté ; dans l'autre, il y a eu suppression complète de la fonction, mais il lui semble bien difficile d'expliquer ces différences.

M. Houzel (de Boulogne) rapporte une observation de *fracture de cuisse* avec *luxation de l'épaule et de l'astragale, chez un paludique.*

M. Kirmisson donne lecture d'une observati[illegible] *de la moelle par instrument piquant et tranchan*[illegible]

M. Peyrot lit une observation de *cancer du corps thyroïde; ablation et résection de la carotide et de la jugulaire interne; guérison; récidive.*

M. Polaillon présente une malade à qui il a pratiqué la *néphrectomie pour pyélonéphrite calculeuse.* Il insiste surtout sur l'incision, et fait remarquer que celle-ci, faite d'abord verticalement, puis portée horizontalement en dehors et en avant, vous ouvre une voie facile et sûre pour arriver sur le rein.

M. Le Dentu est convaincu que l'incision verticale avec branche antérieure doit être l'incision de choix dans la néphrectomie.

M. Galezowski lit un travail sur le *staphylôme pellucide de la cornée.* Paul Poirier.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 11 novembre 1885.—Présidence de M. Duhomme.

La Société en réponse à une lettre de M. Ladreit de Lacharrière, nomme après discussion son président et son secrétaire général pour discuter l'opportunité et la création d'un syndicat professionnel.

M. Brémond expose les résultats satisfaisants qu'il a obtenus avec M. Gouel, dans le traitement de la tuberculose pulmonaire par l'huile essentielle de térébenthine.

M. Dujardin-Beaumetz, présente à la Société un nouveau médicament l'*hypnone* dérivé de la houille, qui, à la dose de 4 gouttes, représentant 12 centigrammes, procure un sommeil calme de 5 à 6 heures. Gilles de la Tourette.

CORRESPONDANCE

Notes complémentaires concernant les Universités étrangères.

Notre ami le Dr Blanchard nous envoie les renseignements suivants :

Roumanie. — La Faculté de Jassy, en Roumanie, n'existe pas encore : elle est en voie de formation. Les professeurs sont nommés après un concours passé devant la Faculté de médecine de Bucharest. *Trois professeurs seulement* ont été nommés jusqu'à ce jour : le professeur d'anatomie, M. Péridès, ancien interne (ou provisoire ?) des hôpitaux de Paris ; le professeur d'histologie, M. Negel, ancien interne provisoire des hôpitaux de Paris et ancien collaborateur du *Progrès médical* ; un professeur de clinique.

La Faculté a été fondée il y a quatre ans par M. Sculy, docteur de la Faculté de Paris, avec le concours de M le Dr Russ, chirurgien à l'hôpital Saint-Spiridion. M. Sculy est chargé de la clinique chirurgicale, mais ne pourra être titulaire que s'il triomphe au concours qui doit avoir lieu prochainement à Bucharest (1).

Russie et Finlande. — L'Université de Helsingfors est toute entière de langue suédoise. Le russe y est absolument inconnu. La Finlande et la Russie sont infiniment moins unies que l'Autriche et la Hongrie, par exemple. Rien n'est commun entre les deux pays, ni les lois, ni la langue, ni l'argent, ni l'armée, ni le parlement.

Par un ukase tout récent, l'allemand est interdit à *Dorpat*, où tous les cours devront se faire désormais en russe.

Autriche-Hongrie. — *Universités de langue allemande :* Graz, Innsbrück, Prague, Vienne.

Université de langue polonaise : Cracovie.

Université de langue tchèque : Prague.

Universités de langue magyare : Agram, Pesth, Klausenburg (Kolosvar). Dr R. Blanchard.

Danemark. Copenhague, 17 novembre 1885.

M. le Rédacteur en chef et très honoré collègue,

Dans l'intéressante Revue des institutions médicales scientifiques des diverses Universités qui se trouve dans le *No des Etudiants* du *Progrès médical* de cette année, il s'est glissé quelques petites fautes dans les lignes consacrées à mon humble patrie. Dans la

(1) Renseignements recueillis à Bucharest et à Jassy, pendant ses vacances.

supposition que vous désirez atteindre la plus parfaite exactitude dans vos renseignements annuels sur l'organisation des études médicales dans les divers pays, je me permets, très honoré confrère, d'attirer votre attention sur ces erreurs, quoi qu'elles ne soient que d'une importance minime. En voici la liste :

Vous dites que les « jurys d'examen se composent de deux professeurs de la Faculté et d'un médecin pris en dehors et nommé par le Collège de santé. »

La vraie composition de ces jurys est d'un professeur de la Faculté, qui fonctionne comme examinateur, et de deux censeurs, pris en dehors et nommés par le ministère de l'instruction publique.

Quant aux jurys des concours pour le professorat, ils se composent de *cinq* (pas *quatre*) professeurs de la Faculté et de trois membres pris en dehors et élus par la *Société de médecine* de Copenhague.

L'hôpital de la ville (kommune hospitalet) n'est pas placé, comme vous le croyez, sur une colline, mais en si plate plaine que possible. Bien que ce soit un établissement grand et bien disposé, je crains qu'il ne soit pas tout à fait digne de la position exceptionnelle que vous lui attribuez.

Cet hôpital n'a pas, comme vous le dites, des médecins ou chirurgiens en chef inamovibles en leur qualité de professeur. Tous ces médecins et chirurgiens en chef sont nommés pour six ans ; et si un membre de la Faculté est en possession d'une de ces places — ce qui n'est pas toujours le cas — il est sujet à la même règle. Aussi c'est à tort que vous dites qu'un médecin d'hôpital n'y peut demeurer plusde neuf ans. Tout au contraire, les médecins et chirurgiens en chef sont presque toujours réélus après leur première période de six ans, comme règle même après la deuxième, s'ils ne sont pas trop avancés en âge.

Il est vrai qu'il existe à Copenhague une assez belle maison des Etudiants ; mais ils ne trouvent là ni logement, ni pension ; c'est seulement un cercle avec restaurant, salles des solennités, etc

Veuillez bien, très honoré collègue, accepter ces lignes comme une expression de l'intérêt sincère que m'inspirent les revues annuelles de votre *N° des Etudiants* et de votre excellent journal en général.

Votre tout dévoué, C. LANGE,

Professeur à la Faculté de médecine de Copenhague; doyen actuel de la Faculté.

BIBLIOGRAPHIE

Saint Thomas's Hospital Reports; edited by Dr SEYMOUR J. SHARKEY and M. Francis MASON. Vol. XIII ; London, J. et A. Churchill, 1884.

Ce volume contient les mémoires suivants : *Notes de pratique chirurgicale*, contribution à l'étude collective des malades, par Le Gros Clark; — *Notes du laboratoire de l'hôpital St-Thomas*, par A. J. Bernays ; — *Des organismes végétaux comme purificateurs des eaux d'égoût*, par Alf. M. Bennett ; — *Cas d'ostéite déformante*, par J. R. Lunn ; — *Des effets de l'électricité sur la circulation locale et générale*, par Walter J. Kilner ; — *Cas d'atrophie généralisée, traité par la méthode de Weir Mitchell*, par Seymour J. Sharkey ; — *Catarrhe commun, air d'égoût et angine*, par A. Carpentier; —*Quelques cas de fracture de la mâchoire*, par Ch. E. Truman ; — *Cas de fistule gastro-colique*, par Walter Edmunds ; — *Cas de méningite tuberculeuse*, par Bristowe ; — *Cas d'anus artificiel* traité par la résection du petit intestin, par Makins ; — Médiastino-péricardite chez les enfants, par Cantab ; — *Cas d'endocardite ulcéreuse*, par P. Smith ; — Sur quelques *appareils anesthésiques*, par W. Tyrrell ; — Quatre *cas de développement symétrique de graisse* à la partie postérieure du cou, par Mac Cormac ; — Rapports sur les maladies de la gorge, de la peau, sur les accouchements, sur la médecine, la chirurgie et l'ophthalmologie pendant l'année 1883 ; — *Matière médicale en Egypte*, par Sandwith. Ce volume contient sept planches et sept figures sur bois.

VARIA

Choléra.

Nice, le 3 novembre 1885.

Les médecins soussignés tous exerçant à Nice, affirment que, du 25 août au 15 octobre, il a régné à Nice un état sanitaire spécial par suite duquel le nombre des décès par affections gastro-intestinales a légèrement augmenté. Quelques unes de ces affections ont même pris un caractère cholérique. Cependant on n'a constaté l'existence d'aucun foyer ; on ne s'est donc pas trouvé en présence d'une véritable épidémie.

Depuis le 15 octobre, l'état sanitaire de Nice est excellent.

MAURIN, directeur de la Santé ; GRINDA, conseiller municipal ; ALLIEZ, SCOFFIER, médecin en chef des hôpitaux ; FIGUEIRA, chirurgien en chef des hospices ; A. THAON, BARETTY, conseiller général ; MORIEZ, conseiller général ; SCOFFIER, Désiré : BARRIERA, médecin des hospices ; MANSUÉTI ; GOIRAN, médecin en chef de l'hospice de la Croix ; CARLES ; BAUDON ; CRET-DUVERGER ; ARNULPHY, père ; FARAUT, conseiller général.

MM. les Consuls soussignés, ayant pris connaissance des documents officiels communiqués par la Préfecture, reconnaissent que la déclaration ci-dessus a été prise, en leur présence, par MM. les médecins de Nice, et se joignent à eux pour affirmer que l'état sanitaire de Nice ne laisse actuellement rien à désirer.

MM. GUROWSKI DE WÉZÈLE, consul d'Autriche-Hongrie ; MAISTRE, consul de Belgique ; ROISSARD DE BELLET, consul du Brésil ; FLORÈS, consul du Danemark ; MUSCAT, consul de Haïti ; GAMBART, consul d'Espagne ; HARTHEWAY, consul des Etats-Unis ; SAETONE, consul de Grèce ; FLORÈS, consul des Pays-Bas ; DEMERENGO, consul de la République Argentine ; d'AUZAC, consul de Suède et Norvège ; H. MAYNI MULLER, consul de Suisse.

Laïcisation des hôpitaux.

Dans sa réponse à M. Monteil, M. le Directeur de l'Assistance publique a insisté sur la difficulté de remplacer à la fois les religieuses et les filles de service ou demi-religieuses de l'hospice des Enfants-Assistés par des laïques ; il a fait le souhait que toutes les filles de service pussent passer par les Ecoles d'infirmières et il a ajouté : « Mais en pratique cela est impossible : les chefs de service — c'est sans doute *directeurs* que M. Peyron a voulu dire—sont obligés d'accueillir les femmes qui viennent chaque jour solliciter un emploi... » Puis M. Peyron a fait connaître au Conseil qu'il avait imposé à toutes les infirmières des hôpitaux-Ecoles, l'assistance aux cours et qu'il avait organisé un roulement permettant à toutes les infirmières de venir y puiser les connaissances nécessaires. Enfin il a déclaré que ce serait faire œuvre utile que de favoriser « l'entrée dans les services hospitaliers de jeunes filles ou de jeunes veuves ayant eu une situation dans la société et, par suite d'adversités, obligées de gagner leur vie. Mais vous ne pouvez, dit-il, en s'adressant au Conseil, leur offrir la situation infime de filles de service, qui implique la communauté du réfectoire et du dortoir... Vous ne pouvez davantage, en raison de leur inexpérience, les mettre d'emblée au service immédiat des malades. »

Nous ne doutons pas des bonnes intentions de M. Peyron, mais nous sommes persuadé qu'il n'est pas aussi bien secondé qu'il le suppose. D'une part, certains de ses directeurs recrutent, pour infirmières, toutes les femmes qui se présentent, et quelquefois, de préférence, les plus illettrées ; d'autre part on lui fait craindre que des infirmières qui ont suivi les cours des Ecoles durant un, deux, trois ans, ne sont pas encore suffisamment instruites. Aussi craint-il de ne pas pouvoir donner satisfaction au Conseil municipal. Nous nous permettrons de lui rappeler qu'il y a dans les trois Ecoles de nombreuses infirmières capables de remplir les fonctions de sous-surveillantes ; que, de plus, il y a dans les hôpitaux un grand nombre de suppléantes, anciennes élèves des Ecoles et, elles aussi, parfaitement en mesure de faire de bonnes sous-surveillantes. Avec elles, il peut, *dès maintenant*, procéder sans crainte à la laïcisation de l'hôpital Cochin, de l'hôpital Necker et de l'hospice des Enfants-Assistés. Quant aux demi-religieuses de ce dernier établissement, dont il paraît redouter le départ, il pourra sans peine les remplacer par les femmes qui sollicitent chaque jour, dans tous les hôpitaux, une place d'infirmière.

M. Peyron a rappelé qu'il avait rendu obligatoire la fréquentation des cours pour *toutes* les infirmières des hôpitaux-Ecoles. Cette mesure — dont nous le remercions d'autant plus sincèrement que l'Administration s'y était toujours opposée,— le secrétaire général pourra le renseigner sur ce point, aura

pour conséquence, *s'il exige que l'on s'y conforme*, que, au mois de juin 1886, il aura un personnel excellent et suffisant pour terminer la laïcisation. Il l'aura d'autant plus sûrement qu'il a déclaré vouloir combler les vacances qui se produiront dans les hôpitaux-Ecoles par les meilleures infirmières de tous les hôpitaux, méritant de l'avancement, et qu'enfin il a promis d'accueillir avec empressement toutes les dames du dehors qui désirent remplir les fonctions d'hospitalières. En ce qui les concerne, il est indispensable, suivant nous, qu'il ne les nomme pas d'emblée sous-surveillantes, ou suppléantes, comme on l'a fait, *malgré lui*, jusque dans ces derniers temps ; il faut qu'il résiste à toutes les recommandations, d'où qu'elles viennent, et qu'il établisse une règle fixe : 1° suivre les cours ; 2° entrer comme infirmières, en leur laissant la faculté de rentrer le soir chez elles, à la condition d'être exactes le matin, à l'heure fixée pour le service. Si ces mesures sont prises, les élèves externes se rendront un compte précis des qualités qu'exige la profession d'hospitalières ; elles verront si elles ont les dispositions nécessaires et, après un essai de trois mois, après une participation régulière à toutes les compositions, à tous les exercices pratiques, l'Administration pourra les accepter définitivement, les nommer, non pas sous-surveillantes, mais suppléantes, puis, à la fin de l'année scolaire, s'en servir pour de nouvelles laïcisations. M. Peyron peut encore mieux faire en autorisant les élèves externes, infirmières, à loger dans les maisons contiguës à l'hôpital de la Pitié et qui appartiennent à l'Assistance publique.

Ces mesures, ces moyens de recrutement, le Conseil municipal n'a cessé de les signaler à l'Administration ; il a toujours formulé nettement ses désirs, invitant l'Administration à laïciser *successivement*, par étapes régulières, tous les hôpitaux. C'est ainsi que, en janvier 1883, après une discussion contradictoire au sein de la Commission de l'Assistance publique, M. Quentin s'était engagé à remplacer, dans l'année, cent religieuses par des laïques, et il avait indiqué l'hospice d'Ivry, l'hôpital Cochin et l'hôpital Necker. Dès cette époque, il reconnaissait avoir le personnel nécessaire. Il y a de cela bientôt trois ans. Pourquoi cela ne s'est-il pas fait ? M. Monteil l'a dit. Et M. Peyron s'illusionne profondément s'il s'imagine que ceux qui ont fourni des arguments aux bureaux du ministère de l'intérieur contre le vote du Conseil municipal relatif à la suppression des aumôniers, que ceux qui, invités à préparer certains documents pour la laïcisation et en particulier la laïcisation de l'hospice d'Ivry, ont répondu ne pas vouloir se mêler de cette « sale besogne »—sous l'ancien directeur,—sont aujourd'hui disposés à le seconder sincèrement. En apparence, peut-être ; en réalité, non. Il s'agit là de gens habiles, imbus de cette maxime d'un ex-ministre : « On fait la guerre, mais on ne la déclare pas. »

Que M. Peyron veille ; qu'il exige que l'on se conforme scrupuleusement aux mesures qu'il a ordonnées, et il marchera sûrement et promptement au but ; il donnera entière satisfaction au Conseil municipal et aura bien mérité de la République. Il importe aussi que d'ores et déjà l'Administration, se conformant à un vœu du Conseil municipal étudie, aujourd'hui même, pour chaque hôpital, les moyens de transformation des communautés en logements pour les surveillantes laïques. Si l'Administration avait suivi les indications du Conseil municipal, la laïcisation serait terminée à l'heure actuelle et on aurait évité la plupart des discussions qui ont eu lieu au Conseil et dans la presse.

Echos du palais.

La troisième chambre de la Cour d'appel de Paris a jugé récemment une cause des plus originales.

En 1874, dit la *Gazette des Tribunaux*, M. Coirre, pharmacien à Paris, eut l'idée d'exploiter, comme produit pharmaceutique, la farine de gruau d'avoine, et la présenta au public, comme destinée à l'alimentation des enfants en bas âge pour suppléer aux allaitements insuffisants et aider au sevrage : il donna à ce produit le nom de *farine Morton*.

Ce produit obtint rapidement une notoriété relativement importante, et, en 1876, M. Hugot droguiste à Paris, en acquit l'exploitation.

Hugot mourut, et de sa succession deux parts furent faites : la maison de droguerie fut vendue à M. Carmouche, et, séparément, la farine Morton, à MM. Piot frères, autres droguistes.

Pourquoi M. Coirre avait-il baptisé sa farine du nom de Morton ? Parce que Morton est un nom bien frappé, qui sonne bien à l'oreille, de nature à se graver promptement dans les circonvolutions du souvenir.

Pour ces raisons, il fut adopté et fit fortune. Et cependant il a failli devenir funeste au produit qu'il patronnait d'abord.

MM. Piot frères ne tardèrent pas à s'apercevoir qu'ils n'étaient pas seuls vendeurs de *farine Morton*. Ils purent se convaincre que M. Carmouche vendait, lui aussi, un produit similaire, sous le même nom, et dans des boîtes semblables, avec imitation des étiquettes déposées par M. Coirre, et plus tard par eux-mêmes au tribunal de commerce de la Seine. De là, procès : action intentée à Carmouche, à l'effet d'obtenir des dommages-intérêts, et la cessation d'un commerce déloyal.

M. Carmouche riposte et soutient que non seulement il a le droit de vendre de la farine Morton, mais encore qu'il est seul fondé à vendre un produit de ce nom, comme dépositaire d'un Morton vivant et authentique, marchand de comestibles à Londres et producteur de farine d'avoine. La Cour vit comparaître en effet un M. J.-T Morton, de Londres, qui répondait à ce signalement ; ce négociant vint plaider son droit de vendre ou faire vendre une farine de son nom, et demanda en outre que défense fût faite à un autre de se servir de son nom.

L'artifice était trop évident : les juges n'eurent aucune peine à reconnaître que le traité d'association, intervenu entre M. Carmouche et le Morton qu'il avait découvert en Angleterre, était postérieur de beaucoup à l'acte de propriété de MM. Piot frères.

Il devint manifeste aussi que le fait de trafiquer d'une marchandise similaire à celle vendue par les successeurs légitimes de Hugot et de Coirre, sous une dénomination identique et en imitant leurs prospectus et l'aspect extérieur de leurs boîtes, la couleur et le contexte de leurs étiquettes, constituait un acte de concurrence déloyale.

En conséquence, M. Carmouche a été :

1° Condamné à des dommages-intérêts et aux dépens envers MM. Piot frères ;

2° Interdiction lui est faite d'employer les mots de *farine Morton*, autrement que selon la formule qui figure sur les étiquettes de J.-T. Morton en Angleterre, c'est-à-dire : farine d'avoine d'Ecosse de J.-T. Morton, de Londres ou d'Aberdeen, à son choix.

Comme on le voit, la Cour s'est appliquée à bien différencier les deux produits, afin qu'il ne puisse pas y avoir de confusion possible : farine Morton, d'une part, et farine d'avoine d'Ecosse de J.-T. Morton, de Londres, d'autre part.

Il y a lieu de supposer que M. Coirre, en choisissant à sa progéniture pharmaceutique dans le calendrier des noms de fantaisie, le nom sonore de Morton, ne se doutait pas que ce patron pût susciter de pareilles difficultés à ses successeurs. On ne pense pas à tout.

Et nunc erudimini, si vous voulez prescrire de la véritable farine Morton.

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 23. — 1er *de Doctorat* : MM. Gautier, Lutz, Guebhard. — 3e *de Doctorat*, oral, 1re partie : MM. Guyon, Tarnier, Reclus. — 5e *de Doctorat*. 1re partie (Hotel-Dieu) : MM. Trélat, Lannelongue, Pinard. — 5e *de Doctorat*, 2e partie (Hôtel-Dieu) : MM. Charcot, Damaschino, Strauss.

MARDI 24. — Méd. opér. (Epreuve pratique) : MM. Richet, Duplay, Bouilly. — 3e *de Doctorat*. 2e partie : MM. Peter, Grancher, Hallopeau. — 4e *de Doctorat* : MM. Brouardel, Proust, Troisier. — 5e *de Doctorat*. 1re partie (Charité) : MM. Pajot, Le Fort, Campenon. — 5e *de Doctorat*. 2e partie (Charité). 1re *Série* : MM. Jaccoud, Cornil, Hanot ; — 2e *Série* : MM. G. Sée, Ball, Debove.

MERCREDI 25. — 1er *de Doctorat* : MM. Regnauld, Baillon, Hanriot. — 2e *de Doctorat*. 2e partie : MM. Béclard, Charcot, Reynier. — 3e *de Doctorat*, oral, 1re partie : MM. Trélat, Tarnier, Segond. — 4e *de Doctorat* : MM. Hayem, Damaschino, Straus. — 5e *de Doctorat*. 2e partie (Hotel-Dieu) : MM. Potain, Fournier. A. Robin.

JEUDI 26. — 2e *de Doctorat*, oral, 1re partie : MM. Duplay, Grancher, Humbert.

VENDREDI 27. — 1er *de Doctorat* : MM. Regnauld, Gariel.

Blanchard. — 2e *de Doctorat.* 2e partie : MM. Béclard, Vulpian, Strauss. — 5e *de Doctorat.* 1re partie (Charité) : MM. Guyon, Lannelongue, Pinard. — 5e *de Doctorat.* 2e partie (Charité) : MM. Potain, Damaschino, Joffroy.

SAMEDI 28. — 3e *de Doctorat,* oral, 1re partie : MM. Panas, Laboulbène, Richelot. — 5e *de Doctorat.* 1re partie (Hôtel-Dieu). 1re *Série* : MM. Pajot, Richet, Peyrot ; — 2e *Série* : MM. Le Fort. Duplay, Ribemont-Dessaignes.

Thèses soutenues à la Faculté de Médecine.

Mercredi 25. — M. Buhot. Contribution à l'étude de la colotomie iliaque dans le traitement des cancers du rectum. Nouveau procédé opératoire de M. le professeur Verneuil. — M. Naudin. Essai sur la tarsotomie. — *Jeudi* 26. — M. Mitry. Etude sur le ptosis congénital. M. Marevery. De la mort subite. Statistique de la Morgue de 1871 à 1884.

Enseignement médical libre

M. le Dr LATTEUX, chef du Laboratoire d'histologie de la Charité, commencera un nouveau cours, le lundi 30 novembre à 4 heures, dans son Laboratoire, rue du Pont-de-Lodi, n° 5. Ce cours, essentiellement pratique, est destiné à mettre les élèves en mesure d'exécuter les analyses micrographiques exigées journellement par la profession medicale. Pour cela ils sont exercés individuellement et répètent eux-mêmes toutes les expériences. Les miscroscopes et autres instruments sont à leur disposition. On s'inscrit chez le Dr Latteux, rue Jean-Lantier, n° 4, près le Châtelet, de midi à 1 heure.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. - Du dimanche 8 novembre au samedi 14 novembre 1885, les naissances ont ete au nombre de 1121 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : legitimes, 408; illégitimes, 163. Total, 571. — *Sexe féminin* : légitimes, 403 ; illégitimes, 147. Total, 550

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'aprés le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,330 militaires. Du dimanche 8 novembre au samedi 14 novembre 1885, les décès ont été au nombre de 860, savoir : 458 hommes et 402 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes. Fièvre typhoide : M. 11. F. 3. T. 14. Variole : M 1, F. 3. T. 4. — Rougeole M. 9. F. 8. T. 17. — Scarlatine : M. 1, F. 4 T. 5. Coqueluche : M. 4. F. 2 T. 6. — Diphthérie, Croup : M. 11 F. 11, T. 22. — Dyssenterie : M 0. F. 0, T. 0. — Erysipèle : M 2, F. 4 T. 6. — Infections puerpérales : 1 Autres affections épidémiques : M. ., F. ., T. .. — Méningite tuberculeuse et aiguë : M. 17 F. 17, T. 34 — Phthisie pulmonaire : M. 93, F. 68 T. 161. — Autres tuberculoses : M. 17, F. 10. T. 27. — Autres affections générales : M. 22, F. 35 T. 57. — Malformations et débilité des âges extrêmes : M. 10, F. 30, T. 40. — Bronchite aiguë : M. 14, F. 12, T. 26. — Pneumonie : M. 35, F. 29, T. 64 — Athrepsie : M 21, F. 23. T. 44. — Autres maladies des divers appareils. M. 163 F. 128, T. 291. — Aprés traumatisme : M. ., F. ., T .. — Morts violentes : M. 22 F. 11. T. 33. — Causes non classées M 5, F. 3, T. 8.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 88 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 30; illégitimes, 16. Total : 46. — *Sexe féminin* : légitimes, 29 ; illégitimes, 13. Total : 42.

CONCOURS D'AGRÉGATION. — Les candidats du concours pour la nomination de quatorze places d'agrégés dans la section de médecine sont : MM. Ballet, Barth, Balzer, de Beurmann, Bourcy, Brault, Brissaud, Brocq, Chauffard, Cuffer, Dejerine, Dreyfus, Dubreuil, Faisans, Gaucher, Guerrier, Netter, Jubel-Rénoy, Lannois, Letulle, Merklen, Moussous et Siredey.

Le jury est composé : 1° Comme membres titulaires, de MM. Hardy, président, Bouchard, Charcot, Damaschino, Potain, Strauss, Roger, Lépine et Bernheim ; 2° Comme juges suppléants : de MM. Cornil, Laboulbène, Hayem et Debove.

CONCOURS DE L'EXTERNAT. — Suite des questions données : *Artère fémorale, Clavicule, Crosse de l'aorte, Diaphragme, Articulation tibio-tarsienne, Forme et rapports de l'estomac, Articulation du coude, Muscle sterno-cléido-mastoïdien, Articulation coxo-fémorale, Muscle psoas-iliaque.*

CONCOURS *pour la nomination à deux places de pharmacien dans les hopitaux et hospices civils de Paris.* — Un concours pour la nomination à deux places de pharmacien dans les hôpitaux et hospices civils de Paris sera ouvert le lundi 14 décembre 1885, à une heure précise, dans l'Amphithéâtre de la pharmacie centrale de l'Administration générale de l'Assistance publique à Paris, quai de la Tournelle, 47. Les personnes qui voudront concourir devront se faire inscrire au Secrétariat général de l'Administration depuis le lundi 16 novembre jusqu'au lundi 30 du même mois inclusivement, de onze heures à trois heures.

INSTITUT INTERNATIONAL DE STATISTIQUE. — A l'occasion du 25e anniversaire de la *Société de statistique de Paris* et du 50e anniversaire de la *Société statistique de Londres*, des réunions internationales ont été tenues dans ces deux villes au mois de juillet dernier. Le Congrès de Londres, a décidé la fondation d'un *Institut international de statistique.*

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Un congé d'un an, sans traitement, à partir du 1er novembre 1885, est accordé, sur sa demande, pour cause de service militaire, à M. Blondel, préparateur adjoint des travaux pratiques d'histoire naturelle de la Faculté de médecine de Paris. — M. STEF (Henri-Alexandre), bachelier ès sciences est chargé pendant la durée du congé accordé à M. Blondel, des fonctions de préparateur adjoint des travaux pratiques d'histoire naturelle à la Faculté de Paris.

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON — M. DEBIERRE, agrégé près la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon, est chargé, provisoirement, pendant l'année scolaire 1885-1886, du cours d'anatomie de ladite Faculté. — M. CHARPY, chargé des fonctions d'agrégé près la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon, est chargé, en outre, provisoirement, des fonctions de chef des travaux anatomiques de ladite Faculté, en remplacement de M. Debierre appelé à d'autres fonctions.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — M. BIMAR, agrégé près la Faculté de médecine de Montpellier, est nommé, en outre, conservateur des collections de ladite Faculté, en remplacement de M. Grynfelt, appelé à d'autres fonctions.

FACULTÉ DES SCIENCES DE NANCY. — M MINGUIN, licencié ès sciences mathématiques et ès sciences physiques, maitre répétiteur au lycée de Nancy, est nommé préparateur de chimie générale à la Faculté des sciences de cette ville, en remplacement de M. Wolf, démissionnaire. — Un congé d'un an sur sa demande est accordé, sans traitement, à partir du 1er novembre 1885, à M. Ruttinger, préparateur de chimie organique à la Faculté des sciences de Nancy. — M. ROLLIN (Louis), bachelier ès sciences est délégué dans les fonctions de préparateur de chimie organique à la Faculté des sciences de Nancy, pendant la durée du congé accordé à M. Ruttinger.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — M. BENOIT, professeur d'anatomie à la Faculté de médecine de Montpellier, est autorisé à se faire suppléer dans son cours, pendant l'année scolaire 1885-1886, par M. Jacquemot, agrégé près ladite Faculté.

FACULTÉ DES SCIENCES DE LYON. — M. PERRIGOT (Noël-Théodore-Marius), bachelier ès sciences, est nommé préparateur de physique à la Faculté des sciences de Lyon, en remplacement de M. Guillet, démissionnaire.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — MM. VIERON et ROCHON-DUVIGNEAU sont nommés aides d'anatomie à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux, en remplacement de MM. Hédon et Conil, dont le temps de service est expiré.

FACULTÉ DES SCIENCES DE CAEN. — M. COVILLE, maître de conférences d'histoire à la Faculté des lettres de Dijon, est nommé pour l'année scolaire 1885-1886, maître de conférences d'histoire à la Faculté des lettres de Caen.

FACULTÉ DES SCIENCES DE GRENOBLE. — M. CHARRUIT, professeur au lycée de Grenoble, est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1885-1886, d'une conférence de mathématiques, par semaine, à la Faculté des sciences de cette ville.

FACULTÉ DES SCIENCES DE LYON. — M. COTTON (Jean-Auguste-Alphonse), bachelier ès sciences, est nommé préparateur adjoint de chimie générale à la Faculté des sciences de Lyon, en remplacement de M. Balland, démissionnaire.

FACULTÉ DES SCIENCES DE PARIS. — M. PELLAT, docteur ès sciences, professeur au lycée Louis-le-Grand, est nommé pour l'année scolaire 1885-1886, maître de conférences de physique à la Faculté des sciences de Paris. — M. Pellat, docteur ès sciences, maître de conférences de physique à la Faculté des sciences de Paris, est chargé, en outre, à ladite Faculté, pour l'année scolaire 1885-1886, des conférences préparatoires à l'agrégation des sciences physiques (physique). — M. RAFFY, docteur ès sciences, maître de conférences de mathématiques à la Faculté des sciences de Paris, est chargé, en outre, à ladite Faculté, pour l'année scolaire 1885-1886, des conférences préparatoires à l'agrégation des sciences mathématiques. — M. JOLY, docteur ès sciences, maître de conférences de chimie à la Faculté des sciences de Paris, est chargé, en outre, à ladite Faculté, pour l'année sco-

laire 1885-1886, des conférences préparatoires à l'agrégation des sciences physiques (chimie).

Faculté de médecine de Nancy. — M. Baraban, agrégé près la Faculté de médecine de Nancy, est maintenu pendant l'année scolaire 1885-1886, dans les fonctions de chargé d'un cours d'histologie à ladite Faculté. — M. Macé, agrégé près la Faculté de médecine de Nancy, est maintenu pendant l'année scolaire 1885-1886, dans les fonctions de chargé du cours de botanique et histoire naturelle médicale à ladite Faculté. — M. Gasnier, agrégé près la Faculté de médecine de Nancy, est maintenu pendant l'année scolaire 1885-1886, dans les fonctions de chargé d'un cours de chimie médicale et toxicologie à ladite Faculté.

Ecole d'infirmiers et d'infirmières de l'asile Sainte-Anne. — Les cours commenceront le mardi 10 novembre 1885, à deux heures du soir, dans l'Amphithéâtre de l'admission, et se continueront les mardis et vendredis suivants, à la même heure. Programme pour l'année scolaire 1885-86 : Hygiène, pansement, petite chirurgie et applications hydrothérapiques, physiologie, anatomie, rapports de l'infirmier avec l'aliéné dans les différentes formes mentales, petite pharmacie. Ces cours se feront sous la direction de MM. Bouchereau, Dagonet, Magnan, médecin en chef, et Quesneville, pharmacien en chef de l'Asile Sainte-Anne. Les personnes étrangères à l'établissement qui désireront suivre ces cours gratuits devront se faire inscrire tous les jours, de 10 heures à 4 heures, à la direction de l'Asile.

Ecole de médecine de Nantes. — Sont nommés à l'Ecole de plein exercice de médecine et pharmacie de Nantes :

MM. Olive, docteur en médecine, chef de clinique médicale en remplacement de M. Saiquet, dont le temps d'exercice est expiré. — Trouaille de Lasabie, chef de clinique chirurgicale en remplacement de M. Guillou, dont le temps d'exercice est expiré. — Colonna, prosecteur, en remplacement de M. Grias démissionnaire. — Monnier, aide d'anatomie en remplacement de M. Colonna appelé à d'autres fonctions — Touchaleaume, aide de médecine ophthalmologique, en remplacement de M. Mitry, démissionnaire. — Allaire, préparateur de chimie et pharmacie en remplacement de M. Cesbron, démissionnaire. — Perrouin, préparateur de physique, d'histoire naturelle et de matière médicale, en remplacement de M. Roger, démissionnaire.

Ecole de médecine d'Alger. — M. le Dr Paul Gérente, médecin-directeur de l'asile des aliénés, reprendra, pour la deuxième année, son cours libre de clinique mentale et nerveuse, dans l'amphithéâtre de l'Ecole, à l'Hôpital civil, le dimanche, 22 novembre, à neuf heures et demie du matin et le continuera les dimanches suivants. La première leçon donnera l'historique du service des aliénés, en Algérie, depuis la conquête ; puis, présentera l'exposé de la prochaine et complète réorganisation de ce service, pour la colonie.

Société d'anthropologie de Paris. — Le jeudi 26 novembre, à 4 heures de l'après-midi aura lieu, au siège de la Société d'anthropologie, la conférence annuelle Broca. M. S. Pozzi, traitera des caractères distinctifs du cerveau de l'homme et M. Letourneau lira le rapport sur le prix Godard. On trouve des billets au siège de la Société. (Rue de l'Ecole-de-Médecine, n° 15.)

Hospices de Montpellier. — Le 7 décembre 1885, aura lieu à l'hôpital Saint-Eloi, un concours pour trois places d'interne dans les hospices de Montpellier. Pour prendre part au concours, il est obligatoire de justifier du titre d'externe des hôpitaux de Montpellier, ou d'une autre ville ayant une faculté de médecine, ou bien du titre d'interne, après un concours, dans une ville quelconque.

Hospices de Rouen. — Le 17 décembre 1885 aura lieu un concours pour plusieurs places d'internes en médecine. Il suffit de justifier de huit inscriptions et de deux années de stage dans un hôpital.

Service de santé militaire. — Liste par ordre de mérite des candidats nommés élèves du service de santé militaire. Candidats à *quatre* inscriptions : MM. Chabrut (Gros-Caillou), Schnitzler (Nancy), Deunier (Montpellier), Rouget (Gros-Caillou), Michand (Charité, Lyon), Cousin (Lille), Pascoret (Saint-Martin), Paillot (Charité, Lyon), Friant (Nancy), Vuillaume (Nancy), Dodieau et Huguet (Gros-Caillou), Grenuillon (Nancy), Frouquet et Loustalot (Saint-Martin), Zumbiehl (Nancy), Glerget (Alger), Maturié (Bordeaux), Leclercq (Lille), Courtet (Gros-Caillou), Lafaye (Bordeaux), Benoit (R.) (Alger), Gagey (Gros-Caillou), Ferrand (Gros-Caillou), Larrieu (Toulouse), Frustin (Saint-Martin), [illegible] (Lyon), Thovris (Montpellier), Beaujon (Saint-Martin), Maré (Gros-Caillou). Trouillet (Lyon), Durand (Toulouse), Bonnet (Gros-Caillou), Vigneron (Nancy), Fourour (Saint-Martin), Plovel (Gros-Caillou), Chambaud (Lyon), Duprat (Bordeaux). — Candidats à [illegible] inscriptions : MM. De Langenhagen (Nancy), Delaborde, B[illegible] (F.) et Ronignot (Saint-Martin), Sturel (Nancy), Tournier et Castaing (Gros-Caillou), De Guénin (Bordeaux), Donnadieu (Montpellier), Guillaume (Lille), Donnond (Lyon), Coste (Toulouse), Faivre (Bordeaux), Ducurtif (Saint-Martin), Guirlet (Nancy), Rouchaud (Bordeaux), Arnavielh (Montpellier), Lanusse-Froussé (Toulouse), Armynot du Châtelet (Alger), Barier (Gros-Caillou), Sens (Saint-Martin), Sèse (Montpellier), Labordère (Montpellier), Berger (Lyon), Archambaud (Saint-Martin), Lainé (Nancy), Couturier (Saint-Martin).— Candidats à *douze* inscriptions : MM Famillon (Saint-Martin), Guibbaud et Esprit (Gros-Caillou), Sicard (Bordeaux), Doucet (Gros-Caillou), Daujon (Saint-Martin). — Candidats à *seize* inscriptions : MM. Ecot (Saint-Martin).....

Service de santé militaire. — Par décret du 8 novembre 1885, M. le professeur Villemin, a été sur sa demande placé par anticipation, pour cause de santé, dans la deuxième section (réserve) du cadre des médecins inspecteurs.

Ovariotomie. — M. Skenet Kesth, fils du célèbre ovariotomiste d'Edimbourg, a publié dans le *British medical Journal* du 31 octobre 1885, les résultats de ses 50 premières ovariotomies : il n'a eu que deux décès. Il se prononce contre la ligature du pédicule. A ce propos, dans le *British médical Journal* du 14 novembre, Lawson Tait (de Birmingham) affirme les excellents résultats de la ligature à la condition de faire un nœud spécial (Stafford-Shire-Knot) et comme preuve il ajoute : « Hier, j'ai fait une ovariotomie, c'était la 132me extirpation de kyste depuis le 1er janvier 1884, sans que j'ai eu un décès ou que j'aie laissé une opération inachevée dans cette longue série ».

Nouveau Journal. — Une Société de Gynécologie ayant été organisée à Londres, un nouveau journal a été fondé qui porte le nom de : *The British Gynæcological Journal* et qui donne le compte rendu in extenso des séances de cette société. On y trouve en outre des mémoires originaux et des revues sur les travaux publiés à l'étranger. Deux numéros ont déjà paru. Nous envoyons tous nos vœux au Dr Fancourt-Barnes, le savant rédacteur en chef de cette importante publication.

Nécrologie. — On annonce la mort de MM. les Drs De Chilly (de Vaucouleurs); G. Barrion (de Châtillon-sur-Sèvres) ; Lannes (La Sauvetat, Gers) ; Chaudelon, professeur émérite de l'Université de Liège, décédé à la Hulpe, le 11 octobre dernier, à l'âge de 72 ans ; il était membre de l'Académie de médecine de Belgique ; — W. B. Carpenter, secrétaire de l'université de Londres, membre correspondant de l'Institut de France, bien connu par ses nombreuses recherches zoologiques et physiologiques. Il fut l'un des principaux promoteurs des remarquables voyages d'exploration, entrepris par les anglais dans le but d'agrandir le champ de nos connaissances dans le domaine de la zoologie maritime, exemple que la France ne suivit que tardivement. Avec l'illustre naturaliste sir Wyville Thomson, il provoqua la fameuse expédition du *Challenger*, destinée à aller chercher dans les profondeurs des mers les richesses inouies de la faune océanique. — Le le Dr Antimes de Lemos, professeur d'anatomie pathologique à l'Ecole de médecine de Porto (Portugal), vient de mourir victime de l'épidémie de fièvre typhoïde qui règne dans cette ville.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie A. Delahaye et E. Lecrosnier, Place de l'Ecole-de-Médecine.

Cartaz (A.), — Des névroses réflexes d'origine nasale. Brochure in-8 de 14 pages.

Grasset (J.). — Etude de thermométrie clinique. Brochure in-8 de 6 pages — Montpellier. 1885. — Montpellier médical.

Martin (G.) — Ce que devient le méridien de minimum de courbure de la cornée, pendant l'évolution d'un certain nombre de glaucomes. Brochure in-8 de 28 pages. — Bordeaux, 1885. — Gounouilhou.

Hovelacque (M.). — L'évolution du langage. Brochure in-8 de 23 pages, — Paris, 1885 — Typographie A. Hennuyer.

Mazzotti (L.). — Dell' importanza delle infiammazioni essudative e suppurative nella genesi della tubercolosi miliare acuta. Brochure in-8 de 54 pages. — Milan 1885. — F. Rechiedei.

Morselli (E). — Le leggi statistiche del suicidio segondo gli ultimi documenti (1879-1885). Brochure in-8 de 90 pages. — Milan, 1885. — Civelli.

[illegible] F. — Lesioni della sensibilita organiea dei nervi [illegible] in-8 de [illegible] pag[illegible] — Torino, 1885. — Roux [illegible]

L[illegible]ssar [illegible] Gesellschaft zu Berlin. Brochure in-8 de 3 pages [illegible] du Deutschen Medicinischen W[illegible] 1885 — B[illegible] Verlag von Georg Beimer.

13e ANNÉE — 2e SÉRIE. T. II. N° 48 BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 28 NOVEMBRE 1885.

Le Progrès Médical

CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE

—

Du traitement médical des cataractes (1);

Par le Dr GALEZOWSKI.

Leçon recueillie et rédigée par M. le Dr BOUCHER, médecin-major de 1re classe.

Messieurs,

Lorsqu'on a établi, par un diagnostic précis, l'existence d'une cataracte, le degré de son évolution et ses variétés étiologiques, et qu'on aura défini exactement la marche et le pronostic de chacune de ces formes, il reste alors à utiliser ces notions pour la thérapeutique, sans laquelle toutes nos recherches resteraient stériles.

Lorsqu'un malade, porteur d'une cataracte se présente à nous, nous devons, après avoir diagnostiqué sa maladie, nous demander qu'elle en est l'influence sur la vision et chercher quelle devra être notre intervention.

La cataracte, en effet, ne trouble pas la vue, seulement lorsqu'elle est arrivée à un développement complet, mais pendant son évolution, le malade vient nous consulter pour des troubles dont l'appréciation soulève des questions délicates et qui demandent souvent beaucoup de tact de la part du médecin.

Beaucoup de malades, lorsqu'ils viennent nous consulter pour des troubles visuels légers, ignorent qu'ils sont atteints de cataracte. Le médecin, pour leur dévoiler le vrai nom de leur maladie, devra user des plus grandes précautions.

Dans le vulgaire, le mot de cataracte implique l'idée d'une affection grave, toujours de même nature et nécessitant forcément une opération. C'est pourquoi je vous ai engagés à préférer le nom d'opacité pour désigner au moins les cataractes incomplètes, car ce mot ne préjuge rien et n'éveille pas d'inutiles inquiétudes lorsque l'intervention chirurgicale est encore réservée. Et ne croyez pas que ce soit une crainte chimérique que j'exprime là. Je connais plusieurs exemples où la révélation trop brusque de la maladie a eu des conséquences terribles. Entre autres faits, je vous citerai l'histoire d'un jeune homme déjà privé d'un œil par suite d'un accident survenu dans son enfance ; ayant été pris de troubles de la vue dans l'œil qui lui restait, il se présente chez un oculiste qui reconnait que le cristallin est en voie d'opacification et dit nettement au malade que son œil est le siège d'une cataracte qui va faire des progrès rapides et entrainer une cécité dont on ne pourra le débarrasser que par une opération. Le malheureux fut tellement impressionné, que, rentré chez lui, il se suicida.

Il est donc important, dans les cataractes en voie d'évolution, de mesurer ses paroles, de préparer petit à petit le malade à l'idée d'une affection progressive, qui nécessitera plus tard une intervention. En attendant, il faut chercher à le soulager en parant aux symptômes les plus gênants et en utilisant ce qui reste de vision.

(1) Voir les nos 46 et 47.

Il arrive souvent qu'une personne de 55 à 60 ans qui portait pour travailler des lunettes convexes, s'aperçoit tout à coup que ses lunettes ont cessé de convenir et que la lecture est redevenue possible sans leur secours. Quelle est l'explication de ce phénomène qui est assez fréquent chez les cataractés ? Le cristallin en s'opacifiant augmente d'épaisseur, il est plus bombé. En même temps, la substance cristalinienne gagne en pouvoir réfringent; les rayons lumineux pour ces deux raisons reporteront leur foyer en avant: l'œil devient relativement myope. Dans ces cas, il faut supprimer les lunettes à verres convergents, quelquefois conserver un numéro faible pour le travail ou même, s'il en est besoin, prescrire un verre concave surtout pour voir de loin.

Les mouches volantes sont souvent accusées par les malades porteurs de cataractes au début. Ces mouches s'observent surtout chez les personnes âgées qui ont des opacités périphériques. D'où viennent-elles ? Plusieurs explications peuvent en être données et il est probable qu'elles ont plusieurs causes. L'œil devenu plus sensible à la lumière, voit plus facilement les mouches physiologiques, dessinées par de petites bulles d'air retenues dans le liquide des larmes. D'autres fois, ce sont des globules d'épithélium hyaloïdien qui se promènent devant la rétine et dont le malade voit l'image entoptique. Les lunettes à teinte fumée sont le meilleur moyen à leur opposer, en même temps qu'on rassurera le patient sur les conséquences de ce qu'il voit et qu'on l'engagera à éviter de rechercher ses mouches.

La photophobie est un symptôme morbide fréquent. Le cristallin, en se cataractant, se segmente et se brise, formant ainsi une série de petits miroirs à orientation variée qui disperseront les rayons lumineux dans tous les sens. En même temps, la réfraction étant inégale dans les différentes parties du cristallin, les rayons lumineux en s'entrecroisant, forment plusieurs foyers différents. Il en résulte un éblouissement de la rétine qui ne supporte plus la lumière du grand jour.

Le symptôme de photophobie est, dans la cataracte, le plus gênant. Il faut garantir l'œil contre la lumière et surtout contre la lumière ordinaire du jour. On y arrivera avec des lunettes convenablement teintées. En Allemagne, on prescrit les verres bleus de Cobalt, parce qu'ils absorbent les rayons jaunes et rouges. Mais c'est là une pratique que l'expérience démontre être mauvaise ; le verre de Cobalt est fatigant à porter ; il laisse passer des rayons colorés irritants qui produisent un éblouissement tel qu'on ne peut en supporter que des teintes très légères. Le verre formé d'un mélange de bleu et de noir de fumée lui est beaucoup supérieur. Il donne une teinte douce qui se rapproche de celle du demi-jour. Il est important de ne pas recourir à des teintes trop foncées, pour ne pas déshabituer la rétine de l'impression de la lumière et ne pas la rendre trop irritable lorque l'opération aura ouvert de nouveau le passage aux rayons lumineux.

Les lunettes en forme de coquille sont très bonnes, mais il importe de bien vérifier le parallélisme de leurs surfaces. Il y en a de deux sortes dans le commerce : celles, dont les verres sont taillés à la main, sont les

meilleures ; celles qui sont coulées, et avec des irrégularités de surface sont plus fréquentes et peuvent jouer le rôle de verres concaves, convexes, cylindriques, et fatiguer la vue.

Il faut également recommander aux malades d'éviter de se placer en face du jour. Cette précaution est importante dans le monde, pour les dames par exemple, si, lorsqu'elles reçoivent, elles se placent en face de la lumière, leurs yeux éblouis ne leur permettront plus de voir la personne à laquelle elles parlent. Il en résulte des efforts et une fatigue très grande qui les amène à renoncer aux relations sociales et qui leur rend souvent l'existence pénible et prête au changement des habitudes. Conseillez-leur de tourner le dos à la lumière, ou de la faire venir un peu de droite et vous ferez disparaître cet inconvénient qui est beaucoup plus considérable qu'on ne le supposerait au premier abord.

Les lunettes sont souvent rejetées par les dames qui refusent par coquetterie de les porter. On peut y suppléer par l'usage d'une voilette épaisse en gaze en recommandant de la choisir unie, et non teinte de pois, qui augmenteraient encore la fatigue. On prescrira de la porter toujours dehors.

Nous avons déjà dit un mot des lunettes chez les cataractés, dont la réfraction change quelquefois, mais chez d'autres, elle se modifie moins et l'on n'a en vue, en choisissant des lunettes, que de corriger la presbytie ou de faciliter la vision en grossissant les objets qui donneront ainsi des images plus grandes sur la rétine. Dès que la cataracte a débuté, il est inutile de défendre le travail. La maladie n'en suivra pas moins son cours, que le patient se serve de ses yeux ou non. En ordonnant le repos absolu de la vision, on priverait le malade, sans bénéfice pour lui, de ses occupations journalières, on l'empêcherait, pendant deux ou trois ans, de gagner sa vie. Au contraire, avec des verres qu'on choisira même forts, on rendra les occupations et la lecture possibles, à condition de prescrire des intervalles de repos.

Prenons un exemple : Une cataracte se forme chez un employé de bureau ; elle mettra des années à se compléter et à devenir opérable. Il est évident que dans ce cas nous ne pouvons pas défendre à cet homme de se servir de ses yeux, ce serait le priver de toute ressource ; mais il faut chercher à lui donner la possibilité de travailler. On y arrivera en lui donnant, pour mieux reconnaître, des verres très grossissants de + 5 + 6 D. C'est le service que j'ai eu l'occasion de rendre à une inspectrice des écoles, atteinte de cataracte des deux yeux. Ne pouvant plus suivre ses occupations, elle se voyait sur le point de perdre sa position. Mais avec des lunettes + 5 D la lecture redevint possible, et le resta pendant les deux ans que mit sa cataracte à évoluer. Sur un œil, le processus ayant marché plus vite, je profitai des vacances pour l'opérer; puis ayant repris une vue suffisante de l'œil opéré, elle put attendre sans inquiétude l'opération du 2e qui eut lieu l'année suivante pendant l'interruption des travaux scolaires. C'est ainsi que, sans aucune difficulté, elle a pu garder ses fonctions et continuer à gagner sa vie.

Il est cependant des malades non encore opérables chez lesquels les lunettes ne suffiront pas pour faire voir. Dans ces cas, on ajoute aux lunettes une loupe de 5 à 6 D qu'ils promèneront devant les caractères à déchiffrer.

Chez les cataractes, il faut rechercher avec soin s'il n'y a pas d'affection concomitante des paupières ou des voies lacrymales. Ces complications existent souvent avec la cataracte. A l'état normal elles seraient peu gênantes, mais s'ajoutant aux troubles qui existent déjà par suite des opacités, elles deviennent une très grande cause de gêne. Un traitement approprié devra être dirigé contre elles.

On nous demande souvent si on peut dissoudre la cataracte sans opération. En réponse à cette question, nous dirons que toutes les tentatives de traitement médical de la cataracte ont été frappées d'insuccès. La cataracte n'est, en effet, que la dégénérescence graisseuse du cristallin, analogue à celle qui se produit dans d'autres organes et qu'on ne fait jamais rétrograder. Malgré cela, on a cherché un médicament capable de faire disparaître les opacités. Il y a 15 ans, Tavignot faisait une communication à l'Académie sur les propriétés de l'huile phosphatée. Le temps a démontré le peu de valeur de ce traitement. Il en a été de même pour les essais tentés avec l'iodure de potassium et de sodium. Bien que dans le Handbuch de Græffe et Sæmisch, Becker rapporte des observations où il a vu la cataracte disparaître sans opération; pour moi, je ne crois pas à la résolution de la cataracte ; elle ne peut disparaître qu'avec la disparition du cristallin. Tout ce qu'on peut observer, c'est un état stationnaire. On a pu publier des observations de guérison en étant de bonne foi; mais selon moi ce sont là des observations fondées sur des erreurs de diagnostic. Une cataracte capsulaire exsudative par inflammation de l'iris, peut disparaître sous l'influence d'un traitement antiphlogistique convenable. Desmarres en avait déjà rapporté des exemples. L'observation de Ryder (de Cracovie), qui rapporte l'histoire d'une cataracte traumatique résorbée avec conservation du cristallin sous l'influence du traitement antiphlogistique est à ranger dans la même catégorie. Il s'agissait d'une cataracte incurable ayant l'apparence d'une cataracte lenticulaire. Tout récemment à la clinique, vous avez pu observer un cas du même genre. Nous allions faire chez un enfant l'extraction d'une cataracte qui nous paraissait bien lenticulaire. Après avoir pratiqué l'iridectomie, car l'iris avait contracté des synéchies, nous avons vu que les bords du cristallin étaient parfaitement transparents et que la pupille était obstruée par une fausse membrane déposée sur la cristalloïde. Dans ce cas, notre pupille artificielle a suffi pour rendre la vision à notre petite malade.

Sperino (de Turin), avait proposé de faire disparaître la cataracte à l'aide de ponctions répétées de la chambre antérieure, se disant que, dans cette affection, l'humeur aqueuse était morbide, il espérait, en la vidant et en la renouvelant, arriver à modifier la sécrétion. Il fit ainsi jusqu'à 100 et 200 paracentèses chez certains sujets. Il crut avoir arrêté la cataracte ; mais depuis, l'expérience a prouvé qu'il s'était trompé et qu'il avait eu affaire simplement à des cataractes à évolution lente. Aujourd'hui que la ponction hâte l'évolution des opacités du cristallin, on sait au contraire que certaines guérisons spontanées très retentissantes ont aussi été amenées par hasard. Desmarres rapporte l'histoire d'une malade du grand monde qui, atteinte de cataracte double, refusa obstinément de se laisser opérer, préférant demander au ciel un miracle en sa faveur. Elle fit dans les églises une série de neuvaines, se prosternant avec ferveur devant les autels. Tout d'un coup la vue revint à un œil. La cataracte s'était luxée dans les efforts de prosternement par suite de la rupture de la zonule de Zinn. La guéri-

son miraculeuse ainsi obtenue ne dura pas très longtemps, des accidents d'irido-cyclite ne tardant pas à se déclarer. Un médecin de Paris s'était, il y a quelques années, attiré une certaine réputation pour la guérison des cataractes sans opération. Il faisait venir chez lui les malades, leur frictionnait les paupières et au bout de quelques séances de ce massage il prétendait dissoudre le cristallin. Un de mes clients ainsi traité revint entre mes mains, la cataracte était bien luxée, mais il y avait en même temps décollement de la rétine.

Il existe également dans la science des observations de guérison de la cataracte à la suite de chutes, de coups. C'est la guérison que nous pourrions appeler traumatique. Elle est analogue à ce que l'on obtenait par la méthode ancienne de l'abaissement.

CLINIQUE MÉDICALE

De la valeur de la recherche des bacilles dans le diagnostic des affections tuberculeuses :

Par **Paul THIÉRY**, externe des hôpitaux

Peu de questions ont suscité d'aussi nombreuses controverses dans le monde médical que l'application à la clinique de la recherche du bacille tuberculeux : les discussions les plus vives se sont élevées à ce sujet, et l'on peut ramener à un certain nombre de classes les opinions qui ont été émises.

Nous pouvons classer dans un premier groupe, les auteurs qui nient absolument l'existence du bacille de Koch : cet auteur a réfuté si victorieusement les assertions de ses adversaires, qu'il est à peine besoin de mentionner cet ordre d'idées (1).

Dans un deuxième groupe, on peut comprendre ceux qui croient à l'existence d'un bacille à type et à réactions propres mais pouvant se retrouver dans un grand nombre de produits différents, en dehors même de toute contamination tuberculeuse.

Enfin, pour le troisième ordre, le bacille tuberculeux existe soit comme cause, soit comme effet de la diathèse, mais sa recherche et la technique qu'elle comprend sont des travaux de laboratoire ; sa présence dans les liquides de l'économie, les crachats principalement, n'est pas constante et on ne saurait trouver là un élément de diagnostic précis et certain.

Au quatrième groupe appartiennent les partisans déclarés de la doctrine : qui dit tuberculose dit bacille tuberculeux, toujours démontrable lorsque les recherches sont faites dans certaines conditions déterminées.

Depuis que le bacille tuberculeux a été étudié, depuis qu'il a été l'objet de critiques rigoureuses, souvent même d'injustes attaques, les statistiques et les observations se sont multipliées, les unes pour démontrer que, loin d'être constant chez les phthisiques, il existait dans des liquides tout à fait étrangers à la tuberculose, les autres pour réfuter ces observations en montrant les causes d'erreur dont elles étaient entachées.

Nous ne citerons pas les mémoires et les monographies qu'ont produites toutes ces discussions ; elles sont fort nombreuses et leur bibliographie fait partie des traités de bactériologie (2).

Aujourd'hui, peu de médecins résistent encore à l'évidence du bacille tuberculeux, mais parmi ceux là même qui l'admettent, beaucoup se refusent à trouver dans sa recherche un auxiliaire pour les diagnostics incertains.

Cependant le clinicien ne doit pas oublier qu'à côté des signes d'auscultation et autres, qui font depuis si longtemps partie du domaine de la clinique, il a à sa disposition un autre organe qu'il doit sinon leur préférer, au moins leur associer, et que tout cas suspect exige l'emploi de notre sens le plus délicat, de la vue. Le microscope tend à entrer de plus en plus dans la pratique journalière du clinicien : il est sorti du laboratoire, et doit avoir sa place sur la table d'hôpital au même rang que le stéthoscope ou les réactifs les plus usuels des urines albumineuses ou sucrées.

Dans le cas qui nous occupe, le malade peut être représenté au point de vue du diagnostic brut par ses produits de sécrétion, et l'on peut affirmer la tuberculose chez un malade que l'on n'a pas ausculté, ainsi qu'il nous est arrivé de le faire plusieurs fois.

Mais pour que cet examen entre dans la pratique, il faut que chaque médecin soit bien convaincu du rôle prépondérant et décisif d'une pareille recherche ; un grand nombre d'observations ont été publiées où le microscope seul a fait le diagnostic ; il n'est pas moins intéressant de publier, et cela chaque fois que le cas se présente, les observations où un diagnostic fautif, souvent presque impossible, a été redressé par l'examen bactériologique; ceux-là sont surtout instructifs et convaincants, où l'auscultation et le microscope étant en désaccord, l'autopsie est venue confirmer le diagnostic au profit de l'un ou de l'autre. Des milliers d'observations faites dans le sens que nous indiquions plus haut ont été publiées ; nous pensons qu'on doit publier aussi les secondes et que l'absence du bacille dans les produits de sécrétion, les crachats surtout, a, elle aussi, une importance non équivoque.

Pendant notre séjour à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Raymond, qui a bien voulu s'intéresser à nos recherches et les utiliser, il nous a été donné d'examiner un grand nombre de malades tuberculeux chez lesquels nous avons recherché le bacille de Koch : d'autres recherches entreprises au laboratoire de l'Hôtel-Dieu depuis deux ans ont porté le nombre de nos examens au chiffre de 120 environ (la plupart des recherches ont porté sur des hommes).

Tous ces examens ont été faits dans des cas de tuberculose douteuse et chez lesquels l'auscultation était en défaut ; c'est dire que la période à laquelle en étaient la plupart de ces malades n'était précisément pas celle où les sécrétions broncho-pulmonaires sont si abondantes et presque caractéristiques à la simple inspection et que, par conséquent, les difficultés de l'examen histologique en étaient d'autant accrues. Nous noterons en passant que tous ces examens ont été faits suivant l'excellente méthode d'Ehrlich en double coloration, de préférence par la méthode lente, et en opérant toujours par comparaison avec des crachats tuberculeux caractéristiques; les réactifs étaient préparés au moment du besoin.

Dans cette série de 120 cas environ, nous avons noté les résultats obtenus et les constatations de l'autopsie, chaque fois que celle-ci a pu être pratiquée. Dans 45 cas, les bacilles ont été retrouvés dès le premier examen histologique. Dans 5 cas, il a fallu 4 examens successifs ; dans 8, ils ont été retrouvés au troisième examen seulement ; dans 12 enfin, au deuxième. Les

(1) Koch. — *Deut. che. med. Wochenschrift* n° 10 1882.
(2) Voir Cornil et Babes, *les Bactéries*, 1885.

méthodes de comparaison employées ne permettent aucune erreur dans ces constatations.

Voila donc 60 cas (où l'auscultation et les phénomènes cliniques seuls laissaient place au doute) que le microscope confirme comme étant des manifestations de tuberculose. Les autres cas portent principalement sur des malades non tuberculeux dans le but d'y contrôler l'absence du bacille, ou sur des malades déjà reconnus tuberculeux.

Il est bien difficile d'évaluer le nombre d'autopsies qui ont confirmé ces recherches; les malades quittant souvent le service avant la guérison, les statistiques n'en pourraient être que fort incomplètes. Mais un fait important, c'est que nous n'avons jamais constaté l'absence de lésions tuberculeuses à l'autopsie, chez des malades dont les crachats contenaient des bacilles pendant la vie. Nous n'hésitons donc pas à affirmer que la présence du bacille de Koch dans les crachats est, non pas un indice, mais une certitude de tuberculose.

L'examen microscopique est-il aussi décisif lorsqu'il aboutit à la négative? La question est fort controversée encore à l'heure qu'il est; cependant nous croyons, en nous basant sur un nombre assez considérable de recherches, que la question peut être résolue par l'affirmative, mais lorsque l'examen est pratiqué dans de certaines conditions déterminées. Ce fait s'est souvent présenté à notre observation; soit que l'autopsie nous ait montré l'absence de lésions tuberculeuses à l'autopsie, soit qu'une guérison complète ait confirmé le pronostic tiré de l'examen histologique.

Nous ne pouvons passer sous silence deux cas remarquables, tous deux vérifiés par l'autopsie qui se sont présentés à nous pendant cette année. Ces observations ont été recueillies dans le service du Dr Raymond, suppléé pendant les vacances par M. Chauffard.

Observation I. — En juillet 1885 entre à l'hôpital, salle Marjolin, n° 11, le nommé Rottermann, Henri, âgé de 26 ans, d'origine russe. Les renseignements sont difficiles à obtenir, le malade parlant mal le français.

Toutefois il nous fait comprendre qu'il est alité depuis longtemps chez lui, il nous apporte les ordonnances de son médecin : médication altérante et spoliative, révulsifs nombreux : le malade est littéralement couvert de vésicatoires, il a de plus été frictionné à l'huile de croton.

A son entrée dans les salles, il est pâle, maigre, épuisé. Sa respiration est embarrassée et haletante : douleurs thoraciques vives, mais sans siège bien précis; poitrine remplie de râles.

En présence de l'obscurité des renseignements et de l'auscultation, le chef de service pense à une tuberculose aiguë. Je fais un premier examen des crachats : pas de bacilles.

L'état ne s'améliorant pas, nouvel examen des crachats : même résultat négatif.

A ce moment, le malade maigrit rapidement : oppression et dyspnée extrêmes, appétit nul, crachats muco-purulents, fièvre et dans les derniers jours œdème considérable des membres inférieurs avec orthopnée constante et très marquée. En présence de ces phénomènes, et s'appuyant sur l'auscultation qui dénote la poitrine remplie de craquements et de râles divers, le chef de service et tous les élèves concluent à la tuberculose malgré l'absence des bacilles. Frappé de ce fait, je répète l'examen des crachats à deux jours d'intervalle, opérant par comparaison, avec des réactifs frais, et colorant chaque fois plusieurs lamelles. Cette recherche est faite trois fois de suite, ce qui porte à cinq le nombre des examens et à dix-huit environ le nombre des lamelles colorées : toujours résultat négatif ; on maintient cependant le diagnostic porté.

Dans le dernier examen des crachats, nous trouvons de gros microcoques arrondis, les uns en 8 de chiffre, d'autres isolés, fort analogues à ceux que l'on peut trouver dans la broncho-pneumonie rubéolique, mais beaucoup plus gros ; ils sont disséminés par groupes dans la préparation ; nous ne pouvons en tirer d'indication précise. Le malade meurt.

L'autopsie est faite le lendemain : œdème et congestion pulmonaire sans lésion tuberculeuse aucune.

Péricardite intense portant surtout sur le feuillet viscéral, et avec épanchement moyen.

Enfin, on remarque entre le péricarde et le sternum une nappe de pus franchement phlegmoneuse et contenant les microcoques observés dans les crachats : pas de lésions osseuses du côté du sternum ou des côtes ; en somme, c'est un phlegmon du tissu cellulaire rétro-sternal développé au cours d'une péricardite.

Nota. — Au cours de sa maladie, le malade avait fait un abcès de la région dorsale au niveau de la masse des muscles, des gouttières vertébrales; le pus ne contenait pas de bacilles tuberculeux, il ne communiquait pas avec les plèvres ; l'abcès a guéri rapidement après incision.

Si nous avons rapporté cette observation un peu longuement, c'est qu'elle est caractéristique. Malade jugé tuberculeux à l'unanimité par des personnes expérimentées et résultat opposé tiré de l'observation microscopique.

Nous ne voulons pas exagérer les faits et tirer de là que le microscope avait fait faire le diagnostic ; bien que la présence des microcoques que nous avons signalés ait pu attirer l'attention, nous ne pensons pas être allés au delà de l'indication de non tuberculose ; mais cette donnée n'avait-elle pas une valeur capitale en dirigeant l'examen du malade dans un autre sens qui eût pu faire soupçonner ou découvrir la péricardite ?

Voilà donc un cas où l'examen a été fait cinq fois à quelques jours d'intervalle, avec tous les soins nécesaires et la précision qu'exige ce genre de recherches : le résultat est négatif; nous sommes autorisé à nier la tuberculose portée et l'autopsie vient confirmer notre opinion.

Nous citerons en deux mots une autre observation également intéressante.

Observation II. — En septembre 1885 entre à St-Antoine, salle Marjolin, n° 6, le nommé Ducourtioux, Eugène, couvreur, âgé de 43 ans. Entrée le 31 août, mort le 6 septembre ; malade depuis assez longtemps, teint cachectique, amaigrissement ; à l'auscultation, râles et craquements. Ventre excessivement douloureux. Le malade meurt au bout de six jours : le diagnostic porté était un peu hésitant : tuberculose ou cancer.

L'examen des crachats fait deux fois ne donnait pas de bacilles. A l'autopsie, quelques rares noyaux cancéreux du foie, très disséminés d'ailleurs ; péricardite à épanchement, double pleurésie peu abondante. Du côté des poumons, quelques tubercules crétifiés des sommets et induration du poumon avec hyperplasie des tractus fibreux circonscrivant les lobules.

Ici encore, quoique pratiqué deux fois seulement à cause du court séjour du malade dans les salles, l'examen bactérioscopique avait été décisif.

Il nous serait facile de retrouver dans nos notes un certain nombre de cas semblables, mais peu seraient aussi probants que la première observation que nous avons citée.

Nous pouvons nous demander s'il en est de même dans les cas de tuberculose locale, en dehors de toute localisation pulmonaire ; la réponse est ici plus difficile et nous manquons jusqu'à présent de cas assez nombreux pour pouvoir conclure par l'affirmative. On sait en effet que dans les lésions tuberculeuses locales, les bacilles sont parfois excessivement rares, comme le démontrent d'une façon péremptoire les préparations que Koch a reproduites dans son atlas.

Nous avons l'intention de faire cette étude lorsque nous serons dans un service de chirurgie où les tuberculoses locales ne sont pas rares, mais nous pouvons dès maintenant citer en quelques lignes deux cas observés dans le même service où l'importance de la recherche des bacilles ne saurait être contestée.

Observation I. — Mürer, Auguste, âgé de 63 ans, présente de la dysphonie, de la dyspnée et des accès de suffocation; il porte à la partie latérale droite du cou une tumeur volumineuse, vraisemblablement produite par un engorgement ganglionnaire. L'examen laryngoscopique ne donne aucune indication. Recherche des bacilles faite dans les produits d'expectoration à trois reprises différentes: résultat négatif.

Le diagnostic porté oscillait au début entre cancer ou tuberculose laryngée. A l'autopsie on trouve un cancer de la paroi postérieure du larynx, ou plutôt un cancer du pharynx juxtalaryngien; le larynx n'étant pas intéressé à proprement parler. Enorme ganglion cancéreux comprimant et englobant le récurrent droit.

Le malade n'était pas tuberculeux.

Observation II. — Le nommé Valentin, Dominique, âgé de 47 ans, porte à la pointe de la langue une petite ulcération à bords taillés à pic, parsemée de quelques points jaunâtres: on porte le diagnostic d'ulcération tuberculeuse de la langue. L'ulcération étant bien détergée, nous recueillons les produits de raclage sur une lamelle. L'examen en est fait deux fois: pas de bacilles.

On applique de la teinture d'iode à diverses reprises: état stationnaire, aucune amélioration; le malade quitte le service au bout de quinze jours environ.

Ici l'indication donnée par le microscope est beaucoup plus incertaine; cependant, en présence de l'absence des bacilles, nous avons examiné avec soin la bouche du malade; les incisives inférieures étaient inégales et irrégulièrement disposées, et nous nous sommes arrêté à l'idée d'une ulcération simple que l'avulsion des incisives ou simplement leur régularisation à la lime eût peut-être démontrée.

Nous possédons encore quelques cas de tuberculose locale reconnue à l'examen clinique et contestée par l'examen bactérioscopique, mais il en faudrait un bien plus grand nombre pour pouvoir conclure à la valeur de la recherche des bacilles dans ces différents cas.

Mais ce qu'il nous est permis d'établir, c'est que cette recherche est dès maintenant, non plus un travail de laboratoire, mais qu'elle s'impose au praticien pour les cas douteux et qu'elle a une valeur clinique qu'on ne saurait lui contester. Et en effet, que le bacille soit cause ou effet dans la tuberculose, qu'importe? pourvu que son existence soit constante dans les produits tuberculeux. Les signes stéthoscopiques dans lesquels les cliniciens ont une si entière confiance, ne sont eux-mêmes que des effets, et personne cependant n'a sérieusement combattu leur valeur.

Ce qui importe, dans le cas qui nous occupe, c'est que tous les soins et toute la précision nécessaires soient apportés à l'examen bactérioscopique; il ne faut jamais se hâter de conclure avant qu'un nombre suffisant d'examens aboutissant au même résultat n'ait donné la conviction que les causes d'erreur ont été évitées.

Bien des observateurs ont déjà posé les lois de la recherche des bacilles tuberculeux, et nos recherches concordent entièrement avec les leurs; les conclusions auxquelles est arrivé Cochez (1) nous paraissent les résumer.

L'examen bactérioscopique n'est pas difficile en ce qui concerne la tuberculose; une telle recherche peut être faite en vingt minutes environ, alors que le praticien hésite souvent plusieurs jours pour poser un diagnostic d'après les signes stéthoscopiques.

Le point essentiel, c'est: 1° d'opérer toujours par comparaison avec des crachats de sujets reconnus tuberculeux par des examens antérieurs; 2° de se servir toujours de réactifs récemment préparés; 3° lorsque le résultat est négatif, on doit répéter l'examen deux, trois fois et plus encore.

On peut employer indifféremment la méthode lente ou rapide d'Ehrlich; nous conseillerons surtout la première qui a l'avantage de colorer un nombre bien plus grand de bacilles dans la même préparation; la seconde sera réservée pour les cas où l'examen devra être fait extemporanément.

La méthode d'Ehrlich en double coloration, a été très altérée et chaque observateur a modifié à son gré les titres des diverses solutions employées. Nous recommandons tout spécialement comme donnant d'excellents résultats, soit pour la méthode lente, soit pour la méthode rapide, les mélanges suivants:

Solution 1: solution de rouge magenta dans l'alcool à 90° à saturation; on peut conserver cette solution assez longtemps;

Solution 2: solution d'huile d'aniline bien pure dans de l'eau distillée, également à saturation et préparée au moment de s'en servir.

Pour préparer le bain colorant, on mélange: solution 1, une partie; solution 2, trois parties; ce mélange s'altère rapidement et doit être préparé au moment du besoin.

Les crachats étant desséchés sur les lamelles, on les laisse soit 24 heures dans la solution colorante, à la température ordinaire, soit 1/4 d'heure, cette solution étant chauffée jusqu'à dégagement de vapeurs. On lave à l'eau; on décolore dans l'acide nitrique au tiers; on enlève l'excès d'acide par le lavage à l'eau; puis on sèche à une douce température et, lorsque la préparation est parfaitement sèche, on la monte dans le baume sec fondu sur la lame, sans employer l'alcool ou l'essence de girofle pour déshydrater; le premier contracte les éléments bacillaires, l'essence les décolore, le baume de Canada à l'essence de térébenthine ou au chloroforme agit de même plus ou moins rapidement. Si l'on veut avoir double coloration, on colore le fond au bleu de méthylène à l'eau, immédiatement après la décoloration par l'acide nitrique au tiers.

On obtient ainsi des préparations très nettes et persistantes, tandis que la déshydratation par l'alcool absolu et l'emploi de l'essence de girofles comme éclaircissant donnent des éléments défigurés et une coloration peu durable; l'essence de bergamotte cependant nous a paru éclaircir sans influer sur la coloration.

Lorsqu'on aura examiné les crachats suivant cette méthode, on en pourra tirer les conclusions suivantes: 1° dès le premier examen, en opérant toujours par comparaison, on trouve des bacilles: on peut affirmer que le malade est tuberculeux; 2° on ne trouve pas de bacilles, si ce n'est sur les lamelles prises comme témoins: il y a probabilité de non-tuberculose; on recommencera l'examen à quelques jours d'intervalle; si quatre ou cinq examens sont négatifs, on sera autorisé à rejeter la tuberculose; 3° Enfin, aucune des lamelles ne présente de bacilles, même celles qui servent de terme de comparaison; c'est que les réactifs ou le manuel opératoire ont été défectueux; il faut faire de nouvelles solutions et recommencer l'examen.

(1) Cochez. *De la recherche des bacilles de la tuberculose dans les crachats.* Soc. de biologie, mai 1883 et thèse de Paris 1883.

Loin de nous la pensée d'accorder à ces recherches la prédominance sur les signes stéthoscopiques ; l'un et l'autre doivent marcher de pair ; l'examen histologique est un puissant moyen de contrôle que l'on mettra à profit dans les cas où l'auscultation et les autres signes seraient incertains.

Il serait à désirer que chaque service hospitalier fût, comme celui où nous avons recueilli ces observations, muni des objets nécessaires pour effectuer ces recherches, car la dépense est minime et le profit considérable ; les élèves ne tarderaient pas à se familiariser avec ces recherches, à s'y intéresser même, et une statistique générale où l'on relaterait, sans parti pris, les cas favorables ou défavorables à la méthode, les succès et les échecs, où l'on publierait les observations les plus remarquables, ne tarderait pas à vaincre les hésitations ou les préjugés du plus grand nombre de ceux qui se refusent ce précieux auxiliaire, parce qu'ils en croient l'application et les manipulations trop longues et laborieuses et n'ont pas à leur disposition les quelques instruments qu'exigent ces recherches.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Réorganisation du Bureau central.

Nos lecteurs savent qu'il existe, dans une annexe de l'ancien Hôtel-Dieu, rue de la Bûcherie, un Bureau central d'admission, dont les rouages surannés commencent à péricliter. Avant de parler de la réorganisation que l'Assistance publique projette, il est bon de résumer brièvement les conditions du fonctionnement actuel, ne serait-ce que pour marquer le point de départ des réformes à accomplir et pour mesurer les progrès qui devraient être réalisés.

Le but principal du Bureau central est l'admission dans les hôpitaux; en effet, tous les jours, de onze heures à quatre heures, les malades qui ont été, pour une raison ou pour une autre, refusés le matin dans les hôpitaux, affluent au Bureau central, les uns à pied, les autres en voiture ou en omnibus, quelques-uns même sur des brancards. Paris est donc journellement sillonné dans tous les sens par des processions de malades, d'infirmes, de malheureux à bout de forces, à bout de ressources, qui frappent à toutes les portes de l'Assistance publique. Tel refusé ce matin à Lariboisière, à Beaujon, à Tenon, et dirigé vers le Bureau central, reviendra ce soir à Tenon, à Beaujon, à Lariboisière. Il est vrai qu'il aura fait à ses frais, ou aux frais de l'Assistance, un double trajet qu'on aurait dû lui épargner. On a vu rarement, il est vrai, des malades mourir dans ce trajet; mais c'est là un abus cruel qu'il est temps de faire disparaître.

Si nous sommes bien informés, l'administration va proposer un remède : dans chaque hôpital, le médecin chargé de la consultation sera autorisé à recevoir tous les malades dont il jugera l'hospitalisation nécessaire, quel que soit le nombre des lits vacants dans son service et dans les services de ses collègues. Si le nombre des malades reçus dépasse le nombre des lits vacants dudit hôpital, le surplus des malades admis sera dirigé sur l'hopital le plus voisin, dont la situation aura été préalablement télégraphiée. De cette façon, on évitera aux vrais malades ces envois toujours fatigants et parfois dangereux au Bureau central. Désormais, les malades qui demanderont leur admission au Bureau central seront des malades justement refusés dans les hôpitaux, ou des malades venus directement et de leur plein gré à la consultation de la rue de la Bûcherie.

Nous donnerions notre entière approbation à cette réforme, dont l'urgence se faisait sentir depuis longtemps si elle n'était qu'une demi-mesure et, par conséquent, menacée d'échouer. Mais le Bureau central ne procède pas seulement à l'admission des malades dans les hôpitaux; il est doublé d'une consultation externe faite le matin par un chirurgien du Bureau central et l'après-midi par un médecin du Bureau central.

Cette consultation, assez importante par le nombre des malades qui la fréquentent, a lieu tous les jours, même le dimanche. Au cabinet de consultation étroit et malpropre est adjoint une immense salle d'attente nauséabonde, doublée d'une salle de pansements. Enfin, des soupes sont distribuées aux malheureux affamés, munis de *bons* signés par le médecin.

Nous n'insisterons pas sur les critiques qu'on pourrait adresser à la consultation du Bureau central au point de vue de l'hygiène et des résultats obtenus. L'Assistance publique a reconnu elle-même le bien-fondé de ces critiques, puisqu'elle est décidée à abandonner complètement et pour toujours le hideux local de la rue de la Bûcherie. Voici dans quelles conditions les médecins du Bureau central vont être appelés à fonctionner prochainement : Tous les services du Bureau central seront transportés à l'Hôtel-Dieu qui possède des cabinets de consultation et une salle d'attente propres, vastes et bien outillés. Médecins et chirurgiens du Bureau central donneront simultanément leurs consultations de midi à quatre heures. Cette translation à l'Hôtel-Dieu est un progrès au point de vue de l'hygiène ; mais ce n'est pas tout, une innovation beaucoup plus importante va être adoptée : séance tenante, les prescriptions médico-chirurgicales seront exécutées et les médicaments seront délivrés gratuitement à tous les malades. Ce ne sera plus une simple consultation, mais un véritable *dispensaire* analogue à ceux qui existent déjà dans Paris et dont les résultats ont pu être appréciés par les lecteurs du *Progrès médical*. Il y aura donc un personnel chargé de distribuer les médicaments; il y aura également un personnel chargé de faire les pansements et d'appliquer les appareils chirurgicaux. Cette réorganisation du Bureau central donnera-t-elle tous les fruits qu'en attendent ceux qui en ont pris l'initiative? Il est probable que le nombre des malades, des clients du Bureau central, va s'accroître dans des proportions considérables. Ce sera une charge un peu plus lourde pour les médecins : mais ceux-ci acceptent d'avance le changement projeté s'il doit avoir pour effet, comme il a pour but, une augmentation réelle des services rendus à la population indigente de Paris. Il ne faudrait pas, par exemple, que ce *Dispensaire* central qu'on va créer, devînt une consultation de *bureau de bienfaisance*, c'est-à-dire un défilé interminable de vieilles gens qui viennent chercher une fiole de sirop ou une bouteille de vin de quinquina.

Les médecins devront s'appliquer à prescrire simplement et sobrement : les médicaments d'un prix élevé doivent être, autant que possible, écartés des prescriptions ordinaires.

Les seuls médicaments qu'on pourra donner aux malades sans contrôle sont les médicaments d'un prix modéré et d'un trafic impossible, tels que l'ipéca, le sous-nitrate de bismuth, le sulfate de soude, le chlorate de potasse, etc., etc. Exemples : un malade se présente avec de l'embarras gastrique, on lui fait une ordonnance et on lui donne à emporter un *paquet* contenant 1 gr. 50 à 2 grammes d'ipéca. Un purgatif est jugé nécessaire, on laisse emporter au malade un paquet contenant 40 grammes de sulfate de soude. Il a une stomatite, on donne 10 grammes de chlorate de potasse ; c'est un scrofuleux, on lui prescrit de l'huile de foie de morue, des bains ou des douches qu'il prend à l'hôpital, etc., etc.

Telle est la médecine des dispensaires ; elle est facile, elle est prudente, elle est aussi efficace que les autres et elle ne prête à aucun abus. Si l'Assistance publique ne part pas de ce principe, elle ne rendra pas beaucoup plus de services qu'elle n'en rendait rue de la Bûcherie, et elle supportera de nouveaux frais qui pèseront lourdement sur son budget.

Ce n'est pas là une réforme bien sérieuse au fond ; son grand avantage c'est de transporter la consultation du Bureau central d'un endroit insalubre dans un endroit sain. L'Hôtel-Dieu possède déjà un service de consultation le matin ; il en aura un second qui se poursuivra dans l'après-midi. Nous estimons que le service du matin suffisait pour la circonscription. Y a-t-il avantage à attirer des malades de tous les points de Paris à l'Hôtel-Dieu ? Nous ne le pensons pas. La réforme que l'administration devrait réaliser, le Conseil municipal la lui a signalée bien des fois et nous allons en résumer les traits principaux.

1° *Etablissement de circonscriptions hospitalières* permettant aux malades d'être assistés à la consultation ou dans les salles de l'hôpital le plus voisin de leur domicile, afin de perdre moins de temps s'ils viennent à la consultation, afin que leurs parents et leurs amis puissent venir les voir plus aisément et avec le moins de frais possible. On ferait ainsi de la véritable assistance républicaine.

2° *Organisation de consultations sérieuses* dans chaque hôpital, faites pendant un ou deux trimestres, ou toute l'année, par le même médecin et le même chirurgien du Bureau central ; — *délivrance des médicaments ; — bains et douches ; — secours de maladie.* Chaque hopital serait ainsi doublé d'un véritable dispensaire où les malades du dehors recevraient des soins du même médecin durant leur maladie et n'auraient pas, comme aujourd'hui, un nouveau médecin tous les jours.

Il y a bientôt dix ans que le Conseil municipal réclame cette organisation destinée à assister *humainement* les malheureux. C'est elle que doit réaliser le Directeur de l'Assistance publique s'il comprend bien son devoir. On ne comprend pas pourquoi les malades des environs de l'Hôtel-Dieu auraient des médic[illegible] des bains et des douches, alors que les malades des [illegible]virons de l'hôpital Beaujon ou de l'hôpital Necker n'en auraient pas.

Nous ne pensons pas qu'il rentre dans les vues de l'administration de les faire venir chercher ces avantages à l'Hôtel-Dieu : ce serait leur faire payer bien cher les quelques médicaments qu'on leur donnerait (1).

Hôtel-Dieu : M. Tillaux.

M. Tillaux a recommencé lundi dernier, à l'Hôtel-Dieu, devant une assistance nombreuse et sympathique, les leçons de clinique chirurgicale qu'il continuera les lundi et jeudi de chaque semaine. Cette première leçon a été consacrée à l'étude très intéressante, tant au point de vue du diagnostic qu'à celui de l'intervention, d'un cas de polype fibro-muqueux des fosses nasales. Nous ne saurions engager trop vivement les élèves à suivre ces leçons d'un chirurgien habile doublé d'un orateur à la parole facile, remarquablement claire et enseignante.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 16 novembre 1885. — Présidence de M. Jurien de la Gravière.

M. Vulpian, reprenant sous une autre forme les expériences de MM. Jolyet et Laffont, Dastre et Morat, a reconnu *l'existence de fibres nerveuses vaso-dilatatrices dans le nerf trijumeau*, dès le point même où il sort de la protubérance annulaire. La faradisation de ce nerf dans la cavité crânienne, en deçà du ganglion de Gasser, produit aussi une légère congestion de la conjonctive oculaire, du côté correspondant.

MM. Cazeneuve et Lépine étudient *l'action physiologique du sulfo de fuchsine et de la safranine*. Le premier de ces corps, fréquemment employé pour colorer les vins, est dénué de propriétés toxiques. Il n'en est pas de même de la safranine, souvent utilisée dans le même but, et qui détermine de graves phénomènes toxiques.

M. Arloing répond à la note en réclamation de priorité envoyée par M. Sanson, à propos des propriétés zymotiques de certains virus.

M. L. Magnien, étudiant *l'anatomie comparée de la corde du tympan des oiseaux*, a reconnu la connexion intime de ce nerf avec les glandes salivaires d'une part, avec des organites ganglionnaires d'autre part. Il établit une analogie entre la corde du tympan des oiseaux et celle des mammifères. P. L.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 21 novembre. — Présidence de M. d'Arsonval.

M. Henneguy présente une pièce spéciale qui, adaptée au microscope, permet de remplacer avantageusement le revolver sur lequel se montent les objectifs.

M. Laborde a cherché les propriétés psychologiques de la *spartéine*, qui est un des alcaloïdes du genêt. Cette substance avait été précédemment cherchée, mais aucun des auteurs qui avaient précédé M. Laborde n'avait vu qu'elle jouissait de la propriété de renforcer considérablement la contractilité cardiaque, d'où il s'ensuit que la spartéine pourrait être usitée comme tonique du cœur

(1) Voir sur cette question : *Progrès médical*, 1875, p. 699 ; — Procès-verbaux du Conseil municipal, 1875, 6 déc. : vœu de M. P. Dubois et de plusieurs de ses collègues ; — Rapport de M. Lafont sur la suppression du Bureau central, 1877, n° 5 ; *Progrès*, 1877, p. 107.

...mme. Les expériences instituées ont permis au ...tateur d'acquérir la conviction qu'elle agit directe... ...nt sur le muscle bien plutôt que sur le système nerveux cardiaque (1).

M. F. Franck pense que pour juger définitivement cette action locale ou périphérique, il y aurait tout intérêt à employer la méthode des circulations artificielles, qui a donné des résultats si concluants dans l'étude de la digitaline.

M. le Président annonce à la Société la mort d'un de ses membres les plus actifs, M. Rabuteau.

MM. Pitres et Vaillard présentent un curieux spécimen d'arthropathie de la colonne vertébrale chez un ataxique, dont l'affection fut confirmée non seulement par les symptômes qui se montrèrent pendant la vie, mais encore par l'examen histologique de la moelle. Il existait également dans les lésions articulaires; les têtes fémorales avaient presque complètement disparu. Les cas d'arthropathies tabétiques de la colonne vertébrale sont encore peu connus; un dessin conservé au musée de la Salpêtrière paraît nettement s'y rapporter, mais l'autopsie ne fut pas faite. Il en fut de même dans un cas observé par Kœnig. Les auteurs ont eu l'occasion d'en observer un troisième, dans lequel les diagnostics les plus divers furent posés. La pièce qu'ils montrent à la Société est appelée à lever tous les doutes. La colonne lombaire est incurvée en S, le corps de la première vertèbre de ce nom étant affaissé, usé en coin; la deuxième lombaire est couverte de productions ostéophytiques, les autres présentent des aspérités. Cette arthropathie, de même que les autres, était survenue sans douleur, à l'insu pour ainsi dire du malade, qui mourut âgé de 56 ans.

M. Charrin fait une communication sur la *maladie pyocyanique* et son mécanisme. Il rappelle les phénomènes qu'il a signalés et qu'on observe à la suite de l'injection intra-vasculaire du micrococcus pyocyaneus chez les lapins. Il ajoute de nouveaux faits observés au laboratoire de M. Bouchard : mécanisme de l'albuminurie, contagiosité certaine des urines et des matières fécales, contagiosité du sang dans la moitié des cas (maladie intermédiaire entre les hémosepsies et les histosepsies), transmission au fœtus, quelquefois rétention d'urine, parésies, ophthalmies. La moelle ou l'humeur aqueuse, placée dans des bouillons, y fait alors apparaître la pyocyanine: enfin, une forme aiguë et chronique de la maladie suivant la virulence des cultures. Ayant une maladie constante, son microbe pathogène, la substance chimique fonction de ce microbe, M. Charrin a cherché à voir si le microbe se servait de son produit, suivant la théorie en faveur, pour faire la maladie. Il a injecté de la pyocyanine cristallisée, et des cultures riches en pyocyanine et débarrassées de tout microbe par la chaleur du filtre Chamberland (injection intraveineuse), il a vu que cette substance avait une toxicité très faible ou nulle. D'autre part, dans les organes des lapins morts de la maladie étudiée, il n'en a pas retrouvé ou fort peu. Il pense donc que le micrococcus pyocyaneus fait plutôt la maladie par la néphrite intense et l'entérite, auxquelles il donne naissance, néphrite qui place les lapins dans la condition des brightiques chez lesquels les toxiques sont des substances normalement présentes dans le corps (matières minérales, extractives, colorantes, etc.) et non des produits étrangers. Il ne tire pas de conclusion générale; ce serait méconnaître la diversité des propriétés et des groupes en bactériologie, et il faut éviter de couler dans un même moule toutes les maladies infectieuses.

M. Galippe rappelle qu'il a publié, en 1873, à la Société de biologie des expériences faites en collaboration avec Broca qui démontrent qu'on pourrait indéfiniment cultiver du pus bleu. Celui-ci avait été recueilli à l'hôpital des Cliniques.

M. Roux, après avoir rappelé les difficultés qu'on éprouvait à photographier des organismes microscopiques lorsque le grossissement dépassait 500 diamètres, insiste sur ce fait que l'absence de figures photographiques, c'est-à-dire scientifiquement exactes, avait entravé dans une certaine mesure la vulgarisation des études bactériologiques, et de plus, il est difficile, dans un ouvrage qui doit être tiré à un grand nombre d'exemplaires, de n'insérer que des photographies qui élèvent singulièrement le prix de l'ouvrage. Grâce aux procédés de M. Placet, on peut dire qu'aujourd'hui cette question de vulgarisation est résolue, car on peut obtenir par l'héliogravure, sans autre intervention que celle de la lumière des planches sur cuivre, sur lesquelles on peut tirer un grand nombre de reproductions dont l'exactitude n'est même pas discutable. A ce sujet, M. Roux, en faisant passer divers spécimens devant la Société, insiste sur ce fait que non seulement MM. Pasteur et Thuillier ont découvert l'atténuation du micro-organisme du rouget des porcs, mais encore cet organisme lui-même que Klein croyait avoir découvert en 1874.

M. Beauregard dit qu'en juillet il est venu s'échouer sur la côte normande une jeune *balœnoptera rostrata*, mesurant 3 mètres 75. L'individu adulte mesurant 15 mètres de longueur, on voit que l'hypothèse ancienne, soutenue encore par van Beneden, qui veut que chez les cétacés l'adulte soit trois fois plus long que l'individu jeune, doit être désormais reléguée dans le domaine des faits extra-scientifiques.

M. Hénocque présente deux modèles de *spectroscope*, l'un dit de vulgarisation, et l'autre qu'il nomme hémato-spectroscope, destiné plus particulièrement aux recherches si délicates de la spectroscopie sanguine.

Gilles de la Tourette.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 24 novembre 1885. — Présidence de M. Bergeron.

Election d'un membre associé national : votants : 67. Majorité : 34. Au premier tour de scrutin, M. Desgranges (de Lyon), est élu par 50 voix, contre M. Tholozan (de Téhéran), 14 voix ; M. Lafosse (de Toulouse), 2 : M. Heurtaux (de Nantes), 1.

Election d'un membre correspondant national : Votants : 64. Majorité, 33. Au premier tour de scrutin, M. Cazin (de Berck-sur-Mer), obtient 21 suffrages ; M. Berne (de Lyon), 20 ; M. Heurtaux (de Nantes), 20 , M. Surmay (de Ham), 3. Au deuxième tour de scrutin : Votants : 57. Majorité, 29. M. Cazin réunit 26 suffrages ; M. Berne, 18 ; M. Heurtaux, 13. Au troisième tour de scrutin : Votants : 50. Majorité : 26. M. Cazin est élu par 51 voix contre M. Berne, 9.

M. Siredey lit un *rapport* officiel sur les *épidémies* observées durant l'année 1884.

M. Constantin Paul lit un *rapport* officiel sur les *eaux minérales*.

M. Peter lit un *rapport* sur le *prix Portal*.

M. Mesnet lit un *rapport* sur le *prix Civrieux*.

L'Académie se constitue en *Comité secret*. A. J.

Faculté de médecine de Lyon. — Le concours pour la place de chef des travaux anatomiques s'est terminé par la nomination de M. le Dr Jaboulay.

Hopitaux de Lyon. — Le lundi 5 avril 1886, s'ouvrira un concours public pour une place de médecin des hopitaux.

(1) La spartéine isolée d'abord par Stenhouse, en 1851, a été depuis l'objet de recherches déjà anciennes. (Fick, Rymon, etc.).— M. Rymon (*Etude expérimentale de la spartéine et de son sulfate*, 1880) dans un travail fait dans le laboratoire de M. Vulpian, avait dès lors noté qu' « introduite dans l'organisme elle ne tarde pas à amener une intoxication qui présente deux périodes, l'une d'*excitation*, et l'autre de collapsus; » que « les muscles et les nerfs périphériques ont conservé leurs propriétés excito-motrices ; » que « les *battements du cœur accélérés à la première période*, ralentis à la seconde, finissent par ne plus donner qu'une modulation insensible, et par disparaître à leur tour quelque temps après la respiration. » Nous attendrons la publication in extenso du travail de M. Laborde pour l'apprécier d'une façon plus complète. — Voir encore : *Manuel des injections sous-cutanées*, par Bourneville et Bricon, 1re édition, 1883 ; 2e édition, 1885. (N. R.)

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 13 février 1885. — Présidence de M. Cornil.

20. Fièvre typhoïde, mort au 6e jour. Autopsie; par M. E. Deschamps, interne des hôpitaux.

Le nommé Bl..., Louis, âgé de 16 ans, entre le 7 février 1885, dans la soirée, à l'hôpital Necker, salle Saint-Jean, lit n° 19 (service de M. Rendu).

Pas d'antécédents héréditaires connus; ses frères ou sœurs bien portants. Pas de maladie antérieure. Est à Paris depuis plusieurs années; il a eu beaucoup de misère dans ces derniers temps : il a manqué même de pain. Maigreur assez accentuée, aspect infantile. Bien portant jusque-là, il est pris subitement, trois jours avant son entrée à l'hôpital, dans la matinée, de frissons, de dégoût pour les aliments; il ne peut rien manger, il est courbaturé, souffre dans le bas des reins; dans l'après-midi, il est pris d'un violent mal de tête qui a persisté depuis. Pas d'épistaxis, pas de diarrhée. Au moment où il entre à l'hôpital, il a beaucoup de délire, ne répond que difficilement aux questions qu'on lui pose, s'agite continuellement et veut se lever. Sa peau est chaude : 39°,8 le soir de son entrée, 39°,6 le 8 au matin. Le pouls est fréquent, les lèvres sèches, fuligineuses, recouvertes de croûtes noirâtres; la langue est sèche, rouge sur les bords; le ventre est ballonné, tendu, douloureux, pas de douleur plus accentuée dans la fosse iliaque droite, pas de gargouillement, pas de taches rosées lenticulaires. Râles de congestion dans la poitrine, des deux côtés. Rate volumineuse. Traitement : un verre d'eau de Sedlitz pour le matin, lavement froid pour le soir, ventouses sèches sur la poitrine, potion avec deux grammes de musc. Potion de Todd. Le soir, le malade semble un peu plus calme; il a eu 5 ou 6 garde-robes en diarrhée dans la journée. Température, 39°,4.

9 *février*. Le malade est moins agité, son délire plus calme, il ne cherche plus continuellement à se lever comme le premier jour. Néanmoins, la peau est plus chaude, les râles de congestion plus nombreux. Température, 40°. Potion avec 1 gramme de musc. Lavement froid matin et soir. Le soir, même état. Température, 39°,4. Le malade perd connaissance à dix heures du soir et meurt au bout d'un quart d'heure d'agonie.

Autopsie le 11 février, à dix heures du matin. — *Poumons* fortement congestionnés, pas d'ecchymoses sous-pleurales, pas de noyaux apoplectiques. La crépitation est partout conservée. — *Cœur* petit, mais ne présentant aucune lésion appréciable à l'œil nu. — *Rate* doublée de volume, molle, diffluente, se déchirant facilement. — *Ganglions mésentériques* très augmentés de volume, durs. L'intestin grêle présente des lésions assez étendues. Dans une longueur de plus de 3 mètres, on voit d'immenses plaques de Peyer, dures, d'aspect gauffré, nullement ulcérées, les unes rosées, les autres d'un rouge assez foncé, faisant à la surface de la muqueuse intestinale une saillie d'autant plus prononcée qu'elles sont plus près de la valvule iléo-cæcale et pouvant atteindre plusieurs millimètres. — Au niveau de la *valvule iléo-cæcale*, l'extrémité de l'iléon se présente sous l'aspect d'une vaste plaque qui aurait plusieurs centimètres d'étendue et qui ferait tout le tour de l'intestin. Sa surface est d'ailleurs parcourue par des élevures en forme de circonvolutions se continuant les unes avec les autres, et d'autant plus serrées et saillantes, qu'elles sont plus près de la valvule. — Dans l'intervalle de ces plaques, on trouve une quantité considérable de follicules enflammés, dont un grand nombre dépassent la grosseur d'un grain de chenevis, de couleur tantôt rosée, tantôt rouge foncé, et donnant à la muqueuse un aspect varioliforme. De même que les plaques, ces follicules isolés sont d'autant plus enflammés et saillants, qu'on les examine plus près de l'extrémité inférieure de l'intestin grêle. — Il existe également des follicules enflammés dans la première portion du gros intestin et particulièrement dans le cæcum; ils sont beaucoup moins nombreux que dans l'intestin grêle, mais ils sont plus volumineux et présentent leur partie centrale ombiliquée sans que cependant on puisse les considérer comme ulcérés. — Les autres viscères, examinés avec soin, ne présentent rien de particulier à noter.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 25 novembre 1885. — Présidence de M. Duplay.

M. Duplay signale une cause capable d'expliquer la persistance des règles après les ovariotomies doubles : c'est l'existence assez fréquente d'ovaires supplémentaires.

M. Terrier a reçu de M. Saint-Yves Menard une lettre intéressante à ce sujet : M. Saint-Yves Menard ayant fait la castration sur une vache, vit l'écoulement sanguin persister ; l'autopsie montra que la ligature avait porté sur le corps même d'un ovaire dont une partie était restée intacte et avait conservé son activité. — M. Terrier fait remarquer que la persistance des règles, après ovariotomie double peut être ainsi expliquée dans un certain nombre de cas.

M. Polaillon fait un rapport sur un travail du Dr Cravin : *Arrachement des deux dernières phalanges du médius avec les tendons fléchisseurs correspondants*. M. Polaillon insiste sur la rareté des arrachements du médius, sur la rupture des tendons au niveau de l'insertion des fibres musculaires, enfin sur la bénignité des suites de la blessure.

Laparotomie dans les kystes du foie. — M. Richelot rapporte une observation de kyste hydatique du foie traité et guéri par la laparotomie. Il discute les différents moyens de traitement employés jusqu'ici ; ponctions capillaires, ouverture par les caustiques (Récamier), ponctions par le gros trocart suivant la méthode préconisée par M. Verneuil, et qui a donné une mortalité de 23 0/0. Il les rejette pour adopter les méthodes modernes de traitement, qui permettent de voir ce qu'on fait et qui abrègent le traitement.

M. Richelot croit que le traitement le meilleur des kystes du foie doit être ainsi formulé : incision franche de la paroi abdominale, reconnaissance du volume, de la forme, de la situation, etc., de la tumeur, puis section, resection ou ligature, suivant sa forme et ses rapports. Dans le cas de kyste intra-hépatique, on peut inciser la poche, suturer ses parois ou pourtour de l'incision abdominale, et la laisser bourgeonner jusqu'à complète cicatrisation. Cette façon de faire a été suivie par M. Terrier et lui a donné un excellent résultat.

M. Terrier distingue deux cas dans ces tumeurs : la tumeur est mobile dans la cavité abdominale et paraît adhérer à la partie supérieure vers le foie ; ou bien la tumeur est immobile et fait saillie sous la face inférieure du foie. Dans le premier cas, l'ablation doit être faite comme on fait l'ablation d'un kyste de l'ovaire ; dans le second, il faut se borner à réséquer une portion du kyste et à suturer la poche avec la paroi abdominale. Il existe un type intermédiaire pour lequel les indications sont variables.

M. Verneuil a imaginé son procédé de traitement à un moment où l'on n'ouvrait pas la cavité péritonéale comme on le fait aujourd'hui. Ce procédé constituait un progrès et a donné d'excellents résultats. La ponction suivie de drainage est une opération simple, facile, qui amène la guérison dans un délai en général très bref. Dans ces derniers temps, M. Verneuil a apporté une modification à son procédé : quand la poche est grosse, il fait deux ponctions à une distance de trois centimètres environ, et le quatrième jour il incise le pont qui les sépare ; l'élimination des hydatides et de la poche est ainsi beaucoup plus rapide.

M. Lucas-Championnière pense avec M. Terrier, qu'une méthode unique ne peut convenir à tous les cas de kystes hydatiques. Dans les cas où le kyste est gros et adhérent, il lui semble que la ponction doit être dangereuse et inefficace. Il préfère l'incision qui permet de reconnaître la tumeur et de se déterminer suivant les cas et qui n'offre pas plus de dangers que la ponction.

M. Polaillon réserve la laparotomie pour les kystes énormes et applique aux autres la ponction.

M. Tillaux n'admet pas que la laparotomie doive être

…quée à tous les kystes du foie ; la ponction simple suffit souvent pour guérir. Quand il veut ouvrir largement la poche, M. Tillaux incise la paroi abdominale jusqu'au péritoine et enfonce dans la tumeur, à travers le péritoine, une grosse flèche de pâte de Canquoin ; quand l'escharre tombe, le kyste, largement ouvert, laisse échapper son contenu et la guérison survient rapidement.

M. Terrier fait observer que ce qu'il a dit des indications de la laparotomie ne s'applique qu'aux kystes de la face inférieure du foie.

M. Trélat est d'avis que la laparotomie est une ressource nouvelle et précieuse pour certains kystes du foie, qui échappaient à l'ancienne thérapeutique.

M. Phocas présente de la part de M. Bouilly, un malade auquel il a fait la résection de 5 côtes pour combler l'énorme cavité d'une ancienne pleurésie purulente. Le malade, opéré il y a deux mois, est actuellement guéri ; sa paroi thoracique solide présente un enfoncement extrêmement prononcé.

Paul Poirier.

SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE

Séance du 19 novembre 1885. – Présidence de M. Letourneau.

M. Topinard présente trois australiens vivants : un homme, une femme et un enfant. Ces trois sujets faisaient partie d'une troupe qui a déjà parcouru une partie de l'Europe et qui a été étudiée avec soin en Allemagne par Virchow et en Belgique par MM. Houzé et Jacques. Ces sauvages présentent le type bien connu des Australiens ; la femme surtout, avec son prognathisme extrêmement accusé, est très remarquable. Ils sont petits ; l'homme, en effet, n'a que 1m51 et la femme 1m56. Leur indice céphalique est 70 et 71.

M. Dally ayant interrogé ces individus qui comprennent assez bien l'anglais et même l'allemand, a appris de l'homme qu'il avait mangé plusieurs fois de la chair humaine.

M. Dehoux attire l'attention sur de grandes cicatrices que l'on trouve ordinairement sur diverses parties du corps des Australiens. Ces cicatrices, suites de plaies volontaires, ont généralement l'aspect de cheloïdes qui semblent se produire facilement sur le corps de ces sauvages.

MM. Hamy et Tautain font remarquer que ces cicatrices sont tantôt en creux (marques de tribu), tantôt en relief ; ces dernières résultent de l'irritation de la plaie, d'où production de bourgeons charnus abondants qui forment une cicatrice saillante. A ce propos M. Foley raconte qu'il a vu à Tonga-Tabou une femme se faire de profondes incisions circonscrivant la pommette, avec des fragments de coquilles qu'elle brisait au fur et à mesure, puis s'irriter ses plaies avec ces mêmes débris chauffés et ce, pendant plusieurs jours : il se produisit par suite une cicatrice très saillante.

M. Duval fait observer que ces cicatrices suivent en général la direction des faisceaux musculaires et qu'elles semblent destinées à exagérer les saillies musculaires, à schematiser, pour ainsi dire, sur la peau la forme du muscle. Il y a peut-être là une raison d'esthétique particulière. M. Hamy pense que cette hypothèse cadre bien avec les idées de ces sauvages, puisque dans leur fameuse danse des morts, ils se peignent en blanc sur la peau la forme des os du squelette.

M. Hovelacque donne quelques détails sur la numération des Australiens ; ils comptent jusqu'à 3, mais pour 4 ils disent *beaucoup* et pour 5 : 3 et 2 et parfois *une main*. Il rappelle aussi que M. Lesson a prétendu que les Australiens étaient un mélange de Papous, de Négritos et de Polynésiens, opinion qui paraît bien discutable par exemple à cause de la forme des orbites ronds chez les uns et allongés chez les autres.

Une Commission de trois membres est nommée pour étudier ces sauvages et publier un rapport, si le peu de temps qu'ils doivent rester en France le permet.

L. Capitan.

Hopital de Constantine. — On demande *quatre* internes en médecine. Il suffit de justifier de *douze* inscriptions. Traitement annuel de 1,000 francs pendant les dix-huit premiers mois ; a partir de ce temps, il sera de 1,200 francs. Ils sont en outre nourris et logés, ceux qui ne peuvent l'être reçoivent une indemnité annuelle de 1,100 francs, en plus du traitement ci-dessus.

REVUE DES MALADIES DES ORGANES
GÉNITO-URINAIRES

I. **Des manifestations du paludisme sur les organes génitaux de l'homme** ; par le Dr Girerd, chef du service chirurgical à l'hôpital de Panama, etc. — Paris, Doin, 1884.

II. **Des ruptures de la verge** ; par le Dr Cami-Debat. — Paris, Delahaye et Lecrosnier, 1885.

III. **De la congestion dans les maladies des voies urinaires** ; par le Dr Tuffier. — Paris, Delahaye et Lecrosnier, 1885.

I. M. Girerd a eu l'occasion d'observer à Constantinople, en Italie et en Amérique, un certain nombre d'affections des organes génitaux qu'il considère comme de nature paludéenne ou tout au moins modifiés par le paludisme. Pour diagnostiquer le paludisme chez un sujet donné, M. Girerd tient compte non seulement des symptômes qu'il observe tels que, mégalosplénie, accès fébriles, teint cachectique, etc. ; mais il se base aussi sur l'examen du sang. Il admet que l'état crénelé des globules, l'aspect de roues dentées présenté par ces éléments suffit pour que l'on puisse conclure à l'intoxication paludéenne chez le malade dont les globules sont ainsi déformés.

Ceci posé, il décrit comme pouvant relever du paludisme l'orchialgie ou névralgie du testicule ; l'orchite à forme névralgique ; et à ce propos, il se demande si les orchites névralgiques décrites par Mauriac, puis par Verneuil, ne seraient pas au moins dans certains cas, des orchites influencées par la malaria.

En dehors de l'orchite névralgique proprement dite, M. Girard admet aussi que l'orchite blennorrhagique ordinaire peut se compliquer d'accès intermittents et en même temps de douleurs névralgiques intermittentes. Ce fait se rapprocherait des faits bien connus, mais dont on a peut-être exagéré la fréquence depuis les travaux de M. Verneuil signalant l'influence des maladies constitutionnelles sur les traumatismes, ce fait se rapprocherait, dis-je, de ceux dans lesquels, à la suite d'une opération, d'une fracture, en un mot d'un traumatisme quelconque on voit le blessé repris d'accès intermittents qui avaient disparu depuis un temps fort long. Enfin, M. Girerd admet encore une orchite paludeenne primitive qui, aiguë d'abord, peut passer à l'état chronique et entraîner l'atrophie du testicule. Il signale à ce propos certaines orchites spéciales à la Guyane et décrites par M. le Dr Drago. Pour apprécier ces faits intéressants, il faut se méfier de certaines orchites comme celle des oreillons, comme l'orchite tuberculeuse aiguë, maladies dont la nature n'est pas toujours facile à déterminer.

Quoi qu'il en soit, M. Girerd a observé à Panama, 23 cas d'orchi-épididymite qu'il considère comme de nature palustre. Il termine en décrivant une uréthrite paludéenne qui pourrait être soit tout à fait primitive, soit une blennorhagie ordinaire se transformant en une chaudepisse intermittente, accompagnée d'accès de fièvre et disparaissant après les accès.

Nous nous bornons à signaler ces intéressantes observations du Dr Girerd, le sujet est encore tout neuf et demande de nouvelles recherches.

II. Outre quelques rares observations recueillies dans la littérature médicale, ce mémoire renferme deux observations personnelles de rupture des corps caverneux. Dans la première, il y eut en même temps rupture de l'urèthre et le malade conserva une fistule urinaire située à cinq centimètres environ du méat. Dans la seconde, l'urèthre ne fut pas intéressé ; mais il y eut une infiltration sanguine énorme suivie d'inflammation gangréneuse et d'élimination d'une partie de la peau du scrotum, ce qui nécessita une opération autoplastique faite par l'auteur sous la direction de M. Blanquinque, son chef de service. Cette opération donna un bon résultat.

III. Si l'on parle assez couramment de congestion du rein, congestion de la prostate, etc., il faut bien convenir que jusqu'à présent aucun travail d'ensemble, basé sur des faits expérimentaux et sur des faits cliniques précis n'avait

été entrepris pour déterminer le rôle de la congestion dans les maladies des voies urinaires. C'est ce travail d'ensemble que. sous l'inspiration du professeur Guyon, vient d'accomplir un de ses internes, M. le Dr Tuffier. Dans ce travail très remarquable, très précis, M. Tuffier nous fait connaître les résultats de ses recherches expérimentales et cliniques ; il est arrivé à expliquer par la congestion un certain nombre de symptômes dont la cause était ignorée ou soupçonnée seulement. Il montre, fait capital, que chacune des parties des voies urinaires réagit d'une manière spéciale quand elle est congestionnée et que par conséquent de tel symptôme on peut conclure à la congestion de telle partie de l'appareil urinaire. Par exemple,que le rein se congestionne, il y aura de la polyurie ou, rarement, et seulement en cas de congestion extrêmement prononcée, de l'hématurie.

Qu'un accès congestif survienne chez un homme atteint d'hypertrophie prostatique, on verra le malade qui, la veille, urinait passablement, être pris de rétention complète. Que dans un rétrécissement pénien la muqueuse se congestionne sous une influence quelconque, le chirurgien qui, la veille,passait un nº 15, 16, ou même plus fort, trouvera un rétrécissement en apparence infranchissable.

M. Tuffier a étudié méthodiquement la congestion rénale, la congestion de la vessie dans le cas de néoplasme, la congestion chez les rétrécis, la congestion chez les prostatiques et enfin la congestion qui survient chez les femmes atteintes de maladies des voies urinaires au moment de la menstruation, de la grossesse, ou bien sous l'influence des maladies concomitantes de l'utérus.

En ce qui concerne la congestion rénale, M. Tuffier a dû se préoccuper des causes et du mécanisme de cette congestion chez les sujets atteints de maladies urinaires, soit que cette congestion survienne en dehors de toute manœuvre chirurgicale, soit qu'elle succède à une exploration ou à une opération pratiquées sur l'urèthre ou sur la vessie.

A la suite d'expériences délicates sur les animaux faites avec le concours de M. Dastre, M. Tuffier est arrivé à établir que le simple contact de la muqueuse vésicale ou de la surface extérieure de la vessie ne modifient pas la circulation du rein ; qu'au contraire le broiement de la muqueuse vésicale ou des muqueuses uréthrale et vaginale détermine par action réflexe une augmentation dans le volume du rein, une excrétion d'urine plus abondante et augmente la pression dans l'artère rénale.

Il en est de même de la *distension* de la vessie.

Tous ces phénomènes sont plus accentués chez l'animal curarisé que chez l'animal chloroformisé.

On comprend toute l'importance de cette dernière donnée ; du reste, depuis que sous l'influence des travaux de Bigelow on s'est mis à endormir sérieusement les urinaires pour les opérer, je pense que tous les chirurgiens ont été frappés de l'extrême avantage que procure à tous les points de vue l'emploi du chloroforme et ont dû regretter de s'en être privés si longtemps.

Relativement aux néoplasmes vésicaux, M. Tuffier fait remarquer que des tumeurs telles que les papillomes qui ne saignent point sur les autres muqueuses saignent abondamment sur la muqueuse vésicale. Il attribue ce fait à des congestions plus ou moins répétées, et ces congestions elles-mêmes ont, d'après lui, d'autant plus de tendance à se produire que le malade vide moins bien sa vessie. Aussi dans le cas d'hématuries sérieuses, capables de cachectiser le malade. M. Tuffier conseille la taille hypogastrique ou la boutonnière périnéale qui, supprimant les fonctions de la vessie, arrêtent par cela même la congestion par distension et l'hématurie qui en est la conséquence.

Deux chapitres importants et du plus vif intérêt sont consacrés à la congestion dans l'hypertrophie de la prostate et dans les complications que l'on observe chez les prostatiques. M. Tuffier montre la congestion prostatique simulant parfois l'hypertrophie; la congestion vésicale venant compliquer l'hypertrophie vraie de la glande et amenant des hématuries chez les *rétentionnistes* (néologisme assez curieux, mais commode).

Nous ne pouvons que signaler ces chapitres, ainsi que ceux qui ont trait à la congestion chez les rétrécis et chez les femmes atteintes en même temps de maladies de l'utérus et des voies urinaires.

En somme, on peut dire que M. Tuffier a comblé une véritable lacune et fait faire un pas à la pathologie urinaire en établissant scientifiquement et en précisant des faits ignorés ou mal connus.

HYDROLOGIE

De l'avenir des eaux minérales de table.

La consommation des eaux minérales naturelles a pris une telle extension pendant ces dernières années, surtout depuis que les travaux de Pasteur ont démontré que les maladies épidémiques avaient les liquides pour véhicule de transmission, qu'on s'est demandé par quel prodige les compagnies arrivaient à pourvoir le marché de la quantité devenue indispensable aux besoins de la population. Le public, rendu assez méfiant depuis l'installation du laboratoire municipal, allait même jusqu'à soupçonner certains marchands de falsifier les eaux minérales ou plutôt de vendre comme eaux naturelles des eaux fabriquées artificiellement.

Cette idée nous a paru prendre assez de consistance pour mériter une sérieuse réfutation. Les soupçons se portaient naturellement sur les eaux de table digestives, à faible minéralisation, dont Saint-Galmier Badoit est le type le plus apprécié et le plus répandu. La limpidité de ces eaux, leur admirable minéralisation et surtout leur immense consommation (plus de 12 millions de bouteilles en 1884) avaient excité à la fois la jaleusie des sources rivales et la surprise du public qui se demandait naïvement si une source pouvait réellement avoir un débit de 12 millions de bouteilles. Il suffit de quelques minutes de réflexion pour se rendre compte qu'il n'est pas rare de rencontrer sur notre sol des sources pouvant produire un débit encore plus considérable. Telles sont, par exemple, les établissements thermaux d'Aix ou de Vichy qui distribuent chaque année plus de 200,000 bains. D'après les rapports officiels des ingénieurs des mines, la source Saint-Galmier Badoit peut fournir chaque année plus de *trente millions de bouteilles* et la progression régulière et non interrompue des demandes permet d'entrevoir que le chiffre de vente égalera, dans un avenir peu éloigné, le débit de la source.

Quiconque a visité l'établissement de Saint-Galmier a pu se rendre compte de l'impossibilité absolue d'une falsification ou plutôt d'une fabrication qui ne pourrait être faite clandestinement et serait du reste dix fois plus dispendieuse qu'un simple remplissage de bouteilles.

La source Badoit est arrivée aujourd'hui, par des prodiges d'économie, à fournir au commerce une eau de table naturelle parfaite, répondant admirablement aux besoins de l'hygiène et de la santé publique, à un prix aussi minime que les syphons et autres eaux gazeuses artificielles, qui ne supportent du reste que très difficilement la concurrence.

Les statistiques commerciales démontrent en effet que, depuis les remarquables travaux présentés à l'Institut par Boutmy sur l'insalubrité des syphons, la consommation des eaux minérales artificielles a considérablement diminué au profit des eaux minérales naturelles. Il y a là un progrès dont il faut se féliciter, et qui est dû en grande partie aux efforts de la Compagnie Badoit, qui est arrivée à livrer à la consommation une eau d'une pureté absolue et à un prix accessible à tous. A ce titre, elle mérite tous les éloges du médecin et de l'hygiéniste.

Nous pensons avoir démontré à nos confrères que la falsification des eaux minérales de table est impossible ou plutôt impraticable ; outre la surveillance de l'inspection administrative et les pénalités sévères qu'encourraient les délinquants, les commerçants ne falsifient pas les eaux de

...ble naturelles, *parce qu'ils n'ont pas intérêt à le faire* et qu'il est évidemment plus dispendieux de fabriquer une eau que de la recueillir simplement à un griffon inépuisable dans des conditions aussi parfaites que celles que présente la Compagnie Badoit. — (*Journal de médecine de Paris.*)

BIBLIOGRAPHIE

Manuel des injections sous-cutanées, par Bourneville et P. Bricon. Aux bureaux du *Progrès médical* et chez Ad. Delahaye et Lecrosnier, 1885.

Il y a à peine deux ans, paraissait la première édition de ce petit ouvrage. Il répondait si bien à un véritable besoin, qu'il fut bientôt totalement épuisé. L'œuvre vient d'être complètement revue et mise au courant de la littérature médicale.

A la liste déjà longue des médicaments employés par la méthode hypodermique qui figuraient dans la première édition, les auteurs en ont ajouté un certain nombre qui ont été administrés par la voie sous-cutanée dans ces deux dernières années. Tels sont : l'acide chrysophanique, l'acide osmique, l'agaricine, l'antipyrine, la convallaria maialis, la cocaïne, la cotoïne, l'eucalyptol, l'ichtyol, la kaïrine, la nitro-glycérine, la paracotoïne, la paraldéhyde, la péreirine, le permanganate de potasse, le salicylate de soude et la thalline.

Tratado iconografico de las enfermedades externas del organo de la vision ; par le Dr Gelpi y Joffre, Barcelone, 1885, 1 vol. petit in-folio de 140 pages et 20 planches.

Ce traité comprend deux parties : la première est consacrée à un résumé des maladies des yeux ; elle comprend 140 pages. M. Gelpi y Jofre passe successivement en revue dans autant de chapitres spéciaux les maladies des paupières, de la conjonctive, de la cornée, de la sclérotique, de l'iris et du corps ciliaire, de l'appareil lacrymal, de l'orbite, les troubles de la motilité et les anomalies congénitales. L'auteur s'est efforcé de se tenir, autant que cela est possible dans un résumé, au courant des connaissances actuelles.

La première partie sert en réalité d'introduction à la seconde qui est la plus importante et comprend un atlas de 20 planches, composées chacune de 6 à 7 figures un peu plus grandes que les dimensions ordinaires. Toutes les figures ont été faites d'après nature par M. le Dr Gelpi. Cet ouvrage est édité avec soin, et fait le plus grand éloge de l'auteur ; il mérite d'être consulté par les médecins qui s'occupent des maladies des yeux.

Dictionnaire usuel des sciences médicales ; par les Drs Dechambre, Mathias-Duval, Lereboullet. Paris, Masson, 1885.

Le titre de ce nouveau dictionnaire indique suffisamment dans quel esprit il a été conçu. Les auteurs n'ont pas cru devoir se borner à la simple définition des mots ; ils ont sous la forme alphabétique présenté un résumé succinct de toutes les sciences afférentes à la médecine. Ce plan habilement exécuté permet aux étudiants et aux médecins de se rendre compte des progrès accomplis dans ses dernières années. Pour la zoologie, la botanique ou la chimie, les méthodes nouvelles ont été adoptées ; toutes les autres branches de la médecine ont reçu les développements nécessaires. MM. Hahn, Lefèvre, E. Simon, Vidau, Letourneau, Burlureaux, Egger, Prou, ont dans une large mesure contribué à l'édification de l'œuvre entreprise par la librairie Masson. De nombreuses figures enrichissent ce nouveau dictionnaire qui remplacera très avantageusement l'ancien dictionnaire Nysten, Littré et Robin tombé dans un juste discrédit après l'épuration maladroite que les éditeurs lui ont fait subir.

Etudes cliniques sur la grande hystérie ou hystéro-épilepsie, par Paul Richer. — 2e édition. Delahaye et Lecrosnier.

Les études de MM. Charcot et Richer exposées dans la 1re édition de cet ouvrage sont maintenant trop classiques pour que nous ayons à analyser ici la substance même du livre : les doctrines, les descriptions que renferme celui-ci sont aujourd'hui généralement adoptées, et partout reproduites sans modifications notables.

Cette deuxième édition que M. Richer aurait pu tout aussi justement intituler : Nouvelles études sur la grande hystérie, etc., etc., contient un grand nombre d'additions, nous signalerons les plus importantes.

Dans la partie consacrée à l'étude de l'attaque d'hystéro-épilepsie se trouvent introduites trois nouvelles variétés cliniques :

A. *L'attaque syncopale* dans laquelle à la perte de connaissance s'ajoutent la pâleur des téguments, la perte complète et plus ou moins subite du sentiment et du mouvement avec flaccidité absolue des membres et l'arrêt momentané ou du moins l'affaiblissement considérable des battements cardiaques et des mouvements respiratoires : cette attaque syncopale ne doit être confondue ni avec les accès épileptoïdes incomplets, ni avec les attaques de léthargie.

B. *L'attaque de spasmes*, ainsi que l'a nommée Briquet, qui n'est autre chose qu'une attaque constituée presque uniquement par la série des phénomènes prodromiques, c'est une aura très intense, très accentuée, mais n'allant pas plus loin, n'étant pas suivie du développement ultérieur de l'attaque régulière.

C. *L'attaque de contracture,* constituée par l'apparition de contractures plus ou moins généralisées survenant après l'aura, ne durant en général qu'un temps limité, s'accompagnant quelquefois de phénomènes accessoires, phénomènes cataleptoïdes, modifications psychiques, etc...

Un certain nombre d'observations nouvelles ajoutées à cette partie du livre constituent une riche collection de pieces justificatives de la description consacrée à la grande attaque d'hystéro-épilepsie.

Puis vient le chapitre de l'hypnotisme, auquel l'auteur a donné une extension rendue nécessaire par l'importance qu'a prise cette question dans ces dernières années. Expériences anciennes encore inédites, expériences nouvelles, tracés myographiques, pneumographiques, etc..., contribuent à faire de ce chapitre une véritable monographie ou plutôt le traité le plus complet et en même temps le plus original que nous connaissions sur l'hypnotisme ; près du tiers de l'ouvrage est consacré à cette étude où l'auteur passe aussi en revue les récents travaux publiés sur ce sujet.

La dernière partie du livre est consacrée à l'*hystérie dans l'histoire*, et contient la relation des principales épidémies convulsives qui se sont montrées à différentes époques et dans divers pays : Danse de St-Guy, épidémies de Ste-Ursule, de Loudun, de Louviers, de Verzeguis, de Piédrau, de Jaca, etc., sans en excepter le tarentisme, les camps meetings, les revivals, les extases, toutes ces relations si curieuses, empreintes souvent d'une naïveté exquise, forment une sorte d'hystérie en actions dont la lecture est pleine de charme.

Comme pendant à l'hystérie dans l'histoire et après nous avoir depuis bien longtemps montré l'art dans l'hystérie, M. Richer nous donne cette fois l'*hystérie dans l'art*, et depuis le ve siècle, avec l'ivoire de la bibliothèque de Ravenne, il met sous nos yeux les œuvres des peintres et des sculpteurs qui ont représenté les scènes de possession, d'exorcisme d'extase, toutes ces reproductions sont réussies à souhait et l'auteur a su conserver à chacune sa saveur originelle. D'ailleurs le livre entier ne compte pas moins de 197 figures, ce sont pour la plupart des dessins au trait, et aussi quelques eaux fortes. Tout ce que nous en dirons, c'est qu'elles sont signées P. Richer. On voit que l'exécution du livre ne laisse rien à désirer ; si, comme on le dit, les hystériques aiment la parure, elles ne se plaindront certes pas du luxe dont l'auteur les a entourées pour les présenter au public médical.

VARIA

Les extatiques de Corano.

Nous devons à l'obligeance du Dr Tommaso-Tommasi, de Florence, la communication de ce fait tout récent d'extatiques visionnaires dont l'histoire a été rapportée en détail dans l'*Illustrazione italiana* (F. Giarelli. — 26 juillet 1885).

Le 23 juin dernier à Corano, dans la vallée du Tidon, une fillette de onze ans, Desolina Lusenti vint annoncer tout effarée à l'archiprêtre don Luigi Chigini que sur le bord du champ de Cecchino Manzini, elle avait vu la Madone et lui avait parlé. Malgré les remontrances et les menaces de l'archiprêtre, dès le lendemain une centaine de personnes avaient connaissance de la prétendue apparition. Les montagnards se firent alors ce raisonnement qu'à l'endroit où la Vierge s'était montrée, se trouvait autrefois une chapelle à sa dévotion et que son apparition signifiait sans doute qu'elle désirait la reconstruction de ce monument.

Ces idées se propagèrent avec rapidité et une semaine après, plus de cinquante personnes, hommes, femmes, enfants, juraient sur le salut de leur âme qu'ils avaient vu la Vierge qui leur avait parlé et leur avait promis de leur dévoiler un important secret. De la montagne à la vallée, une émotion incroyable s'empara des habitants qui désertèrent leurs travaux, leurs habitations pour se diriger sur Corano comme sur la cité sainte.

A l'endroit même du miracle, se dresse une sorte d'autel rudimentaire, avec une petite statue, entouré par les paysans de quelques tentures et couvert de fleurs. Au-devant, sur des gradins informes, dans le terrain calcaire sont creusées plusieurs niches où se tiennent les visionnaires. C'est là le lieu du pèlerinage, c'est là que la foule, dans son enthousiasme aveugle, apporte ce qu'elle a de plus précieux. Le sou du pauvre va rejoindre dans le plat destiné aux offrandes les billets de banque sortis du porte-monnaie d'un riche fermier ou de celui d'une vieille marquise, qui, elle aussi, a *vu* la madone. Ceux qui ne possèdent rien, les sanglots dans la voix, les larmes dans les yeux, embrassent la terre en hurlant : « Madone, Madone, montrez-vous à moi encore une fois et prenez ma vie, puisque je n'ai que cela à vous offrir. »

Et cependant les arbres et les buissons, sont illuminés : les routes sont sillonnées de lumières que portent des troupes de pèlerins, dont l'une chante le *Magnificat*, l'autre l'*Ave Maris Stella*, pendant que d'un côté retentissent les exclamations des fillettes, suppliant la Vierge d'apparaître encore. C'est près de l'autel, sur les gradins, que se tiennent les petites visionnaires, Ernestina Manara âgée de 9 ans et Célestina Rossi de 10 ans. C'est de là qu'elles jettent leurs oracles à la foule prosternée en prières: c'est de là que part de temps en temps le cri sacramentel : « Madone sainte, apparaissez-nous, encore une fois, ô Madone ! ». Quelques secondes à peine après cette invocation, la visionnaire roule les yeux d'une façon étrange, raidit les bras, fait des gestes désordonnés et tombe à la renverse comme une masse en hurlant : « La voici, la voici, la sainte Madone ». Les fidèles la reçoivent dans leurs bras et le corps de la misérable, inerte comme un cadavre, est déposé sous un buisson, d'où elle ne tarde pas, comme subitement ressuscitée, à remonter à sa place, avide d'une nouvelle extase.

Toutes les voyantes, Ernestina Manara, Célestina Rossi, Ghita di Tognell ne sont en somme que le reflet des illuminées de Lourdes et de la Salette. Elles voient la Vierge sur le bord du chemin, tantôt seule, tantôt portant dans ses bras l'Enfant Divin. Tantôt elle est vêtue de noir avec des rubans rouges, tantôt d'azur avec des bandelettes blanches, couronnée soit de roses, soit d'étoiles. Ses déclarations visent toujours à frapper les incrédules. Elle promet la révélation de secrets, demande la conversion des hommes, et menace de l'explosion prochaine et redoutable de la colère de son fils. Elle espère qu'on lui élèvera une chapelle dans le lieu de son apparition. Différant en cela des apparitions de la Salette et de Lourdes, qui remplissaient les visionnaires de délices et de félicité, celles de Corano sont surtout terrifiantes et frappent les extatiques d'une sorte de délire panophobique, lorsqu'ils voient la Madone sévère, terrible, couverte de sang.

Parmi les visionnaires, les hommes offrent les caractères d'une affection mélancolique, les femmes sont presque toutes hystériques, quelques-unes à un degré très prononcé. Il en est une qui, la nuit, met en croix deux cierges allumés ; elle crie comme une possédée sous la puissance de la Vierge qui veut monter au ciel ; elle donne ses mains à baiser à l'assistance, en disant que ce sont les mains de la Madone. Et la foule en délire se précipite à ce baise-main, en jurant que ce sont des mains de cadavre, tant elles sont froides.

Telle est la relation sommaire de cette histoire d'extatiques visionnaires, si semblable à celles des épidémies du moyen-âge. La différence est qu'aujourd'hui, grâce aux progrès de la science, le public éclairé n'a pas mis en doute la nature pathologique de cette affection nerveuse dont le développement a été favorisé par la superstition et l'imitation. Si la force publique intervient c'est seulement pour empêcher que cette exaltation religieuse ne devienne une menace pour l'ordre public ; car tout en sachant que l'isolement, la dispersion des visionnaires serait le meilleur moyen de couper court à ces épidémies qui ne font que s'aggraver en se prolongeant, les autorités sont toujours retenues par le respect de la liberté des citoyens. J. SEGLAS.

Les autopsies et les sœurs de l'Hôtel-Dieu au XVII[e] siècle.

Les *autopsies* (ouvertures) n'étaient pas toujours aisées à pratiquer au XVII[e] siècle, et lorsqu'un médecin voulait ouvrir un corps, il avait souvent à essuyer les refus et à engager une véritable bataille entre les maîtres au spirituel et les religieuses de l'Hotel-Dieu.

Ainsi, le 15 juillet 1659, on trouve dans les *Registres des Délibérations* que la Compagnie a été informée « du refus faict par une religieuse au sieur Capon, médecin, d'un corps mort qu'il avoit traité d'une maladie violente, dont il vouloit faire ouverture du mal extraordinaire en présence de deux ou trois médecins de la Faculté qu'il fit venir exprès pour considérer ce mal et remédier pareil cas lors que le public en seroit incommodé, *de plus que les malades qui estoient en petit nombre à présent estoient abandonnez et délaissez des religieuses qui sont en trop grand nombre pour le peu de malades et qu'elles ne s'occupoient qu'à leurs méditations au lieu de faire leur debvoir.* »

A quoi le Bureau, composé des membres laïques, répondit : « qu'à l'égard du refus du corps mort, qu'il ne sçait ce que c'est et que l'on luy nomme la religieuse et qu'il luy fera demander pardon et que son intention est que ce qui est convenu à la dernière assemblée soit exécuté, *que le chapitre ne prétend rien à cela* et que pourveu que les ouvertures se fassent en présence des médecins, cela ne recevoit nulle difficulté. » R.

Le transport électrique de la force.

L'idée de ce mode de transport devait naître naturellement en présence de la masse totale de force disponible sur le globe et presque complètement dissipée inutilement soit dans les chutes d'eau, soit dans les mouvements des marées, etc.

Depuis un certain temps, cette question préoccupe vivement les chercheurs de tous pays. Tout récemment sa solution a fait un pas énorme et est entrée du même coup dans la phase industrielle, grâce aux travaux scientifiques de Marcel Deprez. Voici dans quelles conditions se sont réalisées ses vues théoriques.

Une machine à vapeur fut installée à la gare de Creil. Elle met en mouvement une puissante machine dynamo-électrique. En substance, celle-ci est constituée par deux anneaux Gramme calés sur le même axe et tournant entre les pôles de deux électro-aimants. Le mouvement qu'elle reçoit du moteur à vapeur a pour effet d'engendrer un courant électrique dans les fils conducteurs formant ces anneaux ; c'est pour cette raison qu'on donne à cet appareil le nom de *génératrice*. Le courant de celle-ci est envoyé par un fil de 5 mill. de diamètre jusqu'à la gare de Paris d'où il revient par un deuxième fil dans une seconde machine, nommée *réceptrice*, entièrement semblable à la première. Un autre fil réunit en outre ces deux appareils. Les choses ainsi établies déterminent un circuit complet pour le passage du courant.

Dans ces conditions, il est aisé de déduire ce qui se produit quand la génératrice tourne. Son courant est transmis, par l'intermédiaire de la ligne, à la réceptrice, laquelle se met en marche sous l'action de ce courant. Sur l'arbre de la réceptrice se trouve une poulie destinée à transmettre son travail à des outils quelconques, au moyen des organes mécaniques ordinaires. Le cycle des opérations qui s'accomplissent est le suivant : d'une part, la transformation de l'énergie mécanique du moteur à vapeur en énergie électrique dans la génératrice ; d'autre part, le travail électrique engendré est transformé, à son tour, en travail mécanique par la réceptrice. Le rapport du travail récupéré dans cette dernière, au travail total fourni par le moteur à vapeur prend le nom de *rendement industriel*.

Dans l'expérience de Creil, ce quotient a dépassé 50 p. 0/0 ; le travail utile développé par la réceptrice a été de 40 chevaux. La distance entre Paris et Creil est de 56 kilomètres. Les deux *dynamos* ont été placées, l'une à coté de l'autre à Creil pour faciliter les mesures mécaniques et électriques.

Dans une nouvelle expérience en voie de préparation, la génératrice restant à Creil fournira le courant à deux réceptrices installées à Paris et situées à quelques centaines de mètres l'une de l'autre qui fonctionneront de façon tout à fait indépendante. Le problème recevra alors sa solution complète qui comporte, outre le transport de l'énergie, sa distribution et sa répartition à des services différents. D.

De certains cas où l'on doit procéder à l'extraction des dents, sans réserve, d'autres où il faut agir avec circonspection.

En admettant, en principe, que la plupart des névralgies qui ont la tête ou la face pour siège, soit d'origine dentaire, ce qui est l'ordinaire, il faudra, chez les malades qui se présentent avec une névralgie cranio-faciale, examiner attentivement avant toute autre chose, la bouche et les dents. Il est rare, qu'après un examen

minutieux, l'on ne trouve point du côté correspondant à la douleur une ou plusieurs dents cause de l'affection.

Voici les cas où il faut extraire :

1° Lorsqu'il y a une ou plusieurs dents cariées qui déterminent en frappant dessus une douleur violente ;

2° Si ces dents sont sensibles aux variations de température ;

3° Si en introduisant un stylet dans la cavité cariée vous déterminez une douleur vive et même fulgurante ;

4° Si le malade éprouve une sensation d'allongement de la dent, et qu'en rencontrant son antagoniste cette dernière procure au patient une forte douleur, que le toucher de la langue peut aussi quelquefois déterminer ;

5° S'il y a des racines, qu'elles soient ou non la cause directe du mal ; ce sont des corps étrangers, séquestres d'un autre genre dont l'économie tend à se débarrasser. Le processus d'élimination est le même, à cela près, que c'est le périoste de la dent qui s'enflamme et suppure ;

6° Si aucune dent ne se trouve cariée, et qu'il n'y ait point de racines restantes, mais qu'il existe des dents obturées, s'adresser à celles-ci. Frapper dessus pour voir si le choc produit de la douleur et exacerbe celle que subit le patient. Projeter un jet liquide d'eau froide dessus à l'aide d'une petite seringue, et d'eau chaude alternativement, afin de s'assurer de la sensibilité. Le malade éprouve-t-il de la douleur à l'essai de ces procédés, c'est que cette dent est la cause de sa névralgie. Une extraction prompte le soulagera. Si l'on ouvre ensuite la dent, on trouvera une pulpe putréfiée, ou en voie de putréfaction. L'obturation aura été faite dans de mauvaises conditions.

Les dyspeptiques ne sont pas rares, et le mauvais état de leurs dents n'est pas la moindre cause de leur affection. Si l'on examine la bouche de ces malades, l'on voit ordinairement des dents cariées, ébréchées, des racines avec des débris de couronne, le tout chargé d'un enduit limonneux jaunatre, qui recouvre un tartre friable. Si, parmi tout cela, il se trouve encore quelque dent saine, elle ne se rencontre plus avec sa correspondante, l'articulation est devenue vicieuse, et le dyspeptique mange comme il peut, du bout des quelques incisives qui lui restent, à la façon d'un léporide.

Il ne faut pas hésiter à faire une extraction générale de tout ce qui est mauvais, pour plusieurs raisons.

1° A cause de la grande difficulté, sinon de l'impossibilité, dans la mastication ;

2° A cause des abcès, phlegmons, epulis, ulcérations de la langue et des joues, qui peuvent être produits par la présence de tous ces débris dentaires ;

3° A cause des névralgies ;

4° Une bouche privée de ses dents malades peut être tenue dans un état de propreté convenable. Les gencives deviennent dures, et si elles ne peuvent servir d'une façon utile à la mastication, le malade ne souffre pas en mangeant. De plus, s'il a l'intention de se guérir, il pourra même supporter un appareil de prothèse.

Quand on trouve dans la bouche des dents découronnées, des racines, autour desquelles on ne manque pas de voir des bourrelets fongueux produits par l'irritation de la gencive, qui s'hypertrophie au contact des bords coupants de ces dents et racines cariées, il faut extraire. Il faut aussi extraire, quand bien même ces bourrelets hypertrophiques n'existeraient pas.

Dans tous les cas de périostite simple, avec suppuration autour du collet, périostite chronique, de pulpite aiguë, de gangrène de la pulpe, il faut extraire. Il faut laisser au dentiste, qui doit être conservateur, le soin d'essayer de rendre ces dents atteintes ainsi, à leur premier fonctionnement. Il faut bien se rappeler que les indications données ici sont pour la clientèle du médecin. Cette clientèle n'aime pas souffrir et n'a pas de temps à perdre. Elle veut être débarrassée du mal qui l'obsède. Malgré son talent, et un long et minutieux traitement, le dentiste, quelquefois, n'a pas toujours raison de ces affections.

Lorsqu'un malade présente du côté des joues, au niveau des maxillaires supérieur ou inférieur, un gonflement plus ou moins accentué, limité ou étendu, et durant depuis un certain temps, la première chose à faire est d'examiner la bouche : il est rare qu'on ne trouve point une dent malade qui ne soit la cause de cet abcès en formation. Il faut enlever de suite la dent pour empêcher que le pus ne se fasse jour au dehors. Il faut toujours, autant que possible, éviter l'emploi du bistouri sur les téguments externes. Nous insistons particulièrement sur cette dernière chose, parce que nous avons vu dernièrement encore un enfant de onze ans, à qui on avait ouvert extérieurement un abcès dentaire, sans succès ; la bouche n'avait pas été examinée. La plaie faite par le bistouri était cicatrisée, mais le pus s'était créé d'autres issues. Un [illegible] vit l'enfant [illegible] l'adressa. La première molaire inférieure [illegible] était profondément cariée et faisait souffrir l'enfant depuis longtemps. Nous fîmes l'extraction de la dent aux deux racines de laquelle étaient pendus deux lambeaux de périoste épaissi, lardacé

et d'une longueur de 7 à 9 millimètres. Le tout baignant dans le pus. Un simple examen de bouche fait par le premier praticien eût évité à l'enfant une opération inutile, et des cicatrices simulant celles laissées par des scrofulides.

Dans tous les cas de fluxion dentaire, il faut extraire et ne pas attendre que la fluxion soit disparue pour faire l'opération. Vous rendrez doublement service à votre client. Vous le soulagerez d'abord et lui éviterez ensuite une deuxième fluxion, car sa première une fois disparue, il ne reviendra pas vous trouver pour se faire opérer ; il ne souffre plus.

Lorsque vous vous trouvez en face de fistules dentaires, qui viennent s'ouvrir soit au dehors à travers les joues, soit au niveau des racines à travers les gencives, n'hésitez pas à extraire la dent ou racine cause du mal. Des nécroses partielles du maxillaire se peuvent produire si vous n'enlevez la dent. Ce ne sera plus cette dernière seulement, mais les voisines et un fragment de maxillaire que vous aurez à enlever plus tard.

Dans les kystes des machoires, à contenu liquide, il est bon d'extraire les racines ou dents qui sont ou en furent la cause déterminante. Le liquide s'écoulera facilement par les alvéoles communiquant avec la poche kystique. La guérison ne se fera pas attendre à la suite d'un traitement approprié.

Lorsque les dents dites de sagesse, ou troisièmes molaires, ont une éruption difficile, et qu'elles déterminent abcès, phlegmons, constriction de la machoire, névralgies intenses, il ne faut pas hésiter à en faire le sacrifice. Les services qu'elles peuvent rendre à la mastication ne sont pas assez importants pour qu'on n'en use pas très énergiquement avec elles.

Il est une maladie connue sous les noms d'ostéo-périostite alvéo-dentaire, pyorrhée alvéolaire, maladie de Rigg, alveolitis infectiosa, caractérisée par un état suppuratif du périoste alvéolo-dentaire. Cette suppuration entraine par suite le décollement de la gencive, son gonflement fongueux de teinte violacée. La dent, à son tour, n'étant plus maintenue dans ses alvéoles, dont les procès sont résorbés par un périoste qui s'en est détaché, devient chancelante, s'allonge, et finit par se déchausser entièrement. Cette maladie qui se généralise avec beaucoup de facilité, débute par une localisation sur une, deux ou trois dents, soit au maxillaire supérieur, soit à l'inférieur. Malgré la classification qu'on a essayé de faire des dents prises plus spécialement et par ordre de fréquence, rien cependant n'est plus irrégulier. Vous voyez, tantôt, comme dans ce qui a été nommé gingivite des femmes enceintes, les 4 incisives prises au maxillaire inférieur, et la maladie s'arrêtant parfaitement tranchée aux canines de chaque côté, le reste de la bouche sain, d'autres fois deux molaires seulement au maxillaire supérieur. Dans un autre cas, ce sont une canine et deux prémolaires. Quoi qu'il en soit, lorsque la maladie est à ce point chronique, que les dents sont déchaussées et branlantes, que le pus ne cesse de sourdre, et que les moyens thérapeutiques employés n'ont point abouti, il faut extraire ; sans cela, les dents voisines seraient à leur tour infectées et ne seraient plus aptes à rendre service. Nous ne sachons pas du reste qu'une suppuration continuelle soit un état à conserver.

Il est dangereux de faire des extractions : 1° chez les diabétiques ; 2° chez les albuminuriques ; 3° chez les syphilitiques ; 4° chez les phthisiques ; 5° chez les convalescents de fièvres graves à type adynamique.

Les plaies chez ces malades se guérissent difficilement et peuvent entrainer de graves complications, outre les hémorrhagies qui sont fréquentes et qui ne s'arrêtent qu'avec les plus grandes difficultés. Il ne s'ensuit cependant pas, d'une manière absolue, qu'on doive s'abstenir. Tout dépend de l'état du malade et de la période de la maladie au moment où l'intéressé réclame le secours du praticien. Ce dernier sera le meilleur juge en cette circonstance.

Il est parfaitement inutile, sinon nuisible, d'extraire les dents qui se trouvent enkystées dans la masse d'une tumeur néoplastique, réclamant une intervention chirurgicale. Ces extractions ne pourraient, en effet, que procurer une poussée inflammatoire dangereuse, les dents entrainant avec elles des lambeaux de tissu, provenant du déchirement de celui-ci par suite des efforts de l'opération.

Les maxillaires sont sujets à de nombreuses affections du genre tumeur. Nous ne les énumérerons point, notre but n'étant point de faire un traité de chirurgie. Dans ces cas, si la tumeur est d'origine dentaire, il est préférable de faire disparaître la cause en même temps que l'effet.

Chez les femmes enceintes ainsi que chez les nourrices, nous ne conseillerons jamais l'extraction sans l'anesthésie générale. Nous n'avons d'ordinaire nulle confiance en l'anesthésie locale et, dans ces cas, encore moins. L'anesthésie locale, du reste, n'a jamais empêché le patient de voir les préparatifs de l'opération dont il a peur et ne lui enlève aucunement l'usage de ses membres. Or nul n'ignore qu'un mouvement brusque produit par la main du patient

sur celle de l'opérateur peut faire dévier dans la bouche l'instrument, faire extraire une dent voisine, briser celle qu'on veut arracher et déterminer dans les parties molles des lésions multiples.

Bien qu'on ait dit que les accidents étaient rares à la suite d'extractions dentaires chez les femmes au moment du flux cataménial, nous ne donnerons point le conseil de faire des opérations dans la bouche à cette époque. Ce n'est point sans raison qu'on s'abstient de toute intervention chirurgicale dans ces moments. Une extraction de dent est aussi de la chirurgie. Il nous est arrivé personnellement plusieurs fois de voir, chez des personnes à qui nous avions fait des extractions, au moment de leurs règles, et cela sans en avoir été prévenu, des hémorrhagies ne cessant qu'avec le flux menstruel. Ces femmes étaient loin d'être pléthoriques. Outre la perte de sang assez abondante pour affaiblir, le malade ne peut guère s'alimenter et réparer par suite ses forces.

Chez les gens qui saignent facilement du nez, chez qui les plaies ne se cicatrisent que difficilement, qui perdent abondamment du sang pour une simple coupure, chez les hémophiles, en un mot, il se faut autant que possible abstenir.

Dans les cas d'anévrysme de l'artère dentaire inférieure, il se faut abstenir de toute extraction dans cette région. Ces cas sont excessivement rares. Il n'y en a que deux de cités dans la science. Nous avons eu l'occasion en 1874 d'en voir un que nous présenta feu le Dr Louis Odier (de Genève), nous n'en vîmes plus depuis.

Dans certains cas de névralgies de la face, où l'examen de la bouche le plus minutieux n'a pu faire découvrir aucun indice démontrant que l'appareil dentaire était le point de départ de cette affection, il faut s'abstenir de toute extraction de dents. Nous avons vu des bouches privées ainsi de leurs dents sans aucun résultat et sans amener aucun soulagement même passager. J. G.

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 30. — Médec. opérat. (Epreuve pratique) : MM. Guyon, Le Dentu, Reclus. — 2e *de Doctorat*. 1re partie : MM. Béclard, Hayem, Remy. — 5e *de Doctorat*. 2e partie (Hotel-Dieu) : MM. Tarnier, Lannelongue, Terrillon. — 5e *de Doctorat*. 2e partie (Hotel-Dieu) : MM. Potain, Dieulafoy, Straus.

MARDI 1er. — Dissect. (Epreuve pratique) : MM. Richet, Sappey, Richelot. — 3e *de Doctorat*. 2e partie : MM. Grancher, Duguet, Hallopeau. — 4e *de Doctorat* : MM. Brouardel, Peter, Hanot. — 5e *de Doctorat*. 1re partie (Charité) : MM. Le Fort, Panas, Ribemont-Dessaignes. — 5e *de Doctorat*. 2e partie (Charité) : MM. Cornil, Lancereaux, Raymond.

MERCREDI 2. — Méd. opér. (Epreuve pratique) : MM. Trelat, Le Dentu, Second. — 1er *de Doctorat* : MM. Regnauld, Baillon, Guebhard. — 4e *de Doctorat* : MM. Hayem, Dieulafoy, A. Robin. — 5e *de Doctorat*. 2e partie (Hotel-Dieu) : MM. Fournier, Lannelongue, Landouzy.

JEUDI 3. — 2e *de Doctorat*, oral, 1re partie : MM. Cornil, Lancereaux, Humbert. — 4e *de Doctorat*. 1re *Série* : MM. Jaccoud, Grancher, Debove ; 2e *Série* : MM. Brouardel, Duguet, Raymond.

VENDREDI 4. — 1er *de Doctorat*. 1re *Série* : MM. Regnauld, Gautier, Blanchard ; — 2e *Série* : MM. Gariel, Lutz, Pouchet. — 2e *de Doctorat*. 2e partie : MM. Béclard, Vulpian, Reynier. — 5e *de Doctorat*. 2e partie (Hotel-Dieu) : MM. Fournier, Dieulafoy, Rendu.

SAMEDI 5. — 5e *de Doctorat*. 1re partie (Charité) : MM. Pajot, Le Fort, Richelot. — 5e *de Doctorat* 2e partie (Charité) : MM. Cornil, Lancereaux, Hallopeau.

Thèses soutenues à la Faculté de Médecine.

Lundi 30. — M. Menut. De la virulence du bubon qui accompagne le chancre mou. — M. [illegible]. Du sommeil et des médicaments hypnotiques proprement dits. — M. Ory. Du vomissement chez les phthisiques et de l'application de la cocaïne à son traitement. — *Mardi* 1er. — M. Degeul. De la version podalique partielle par manœuvres internes et externes combinées. — M. Pugliesi. Des accidents causés par la piqûre chique à la Guyane française. — *Mercredi* 2. — M. Ladonte. — Etude sur [illegible] de l'urèthre non congénitale. — M. Sacreste. De l'hyper[illegible] syphilitique post-partum. — *Jeudi* 3. — M. [illegible]. Etude sur quelques altérations globulaires du sang dans la dip[illegible]. — M. Fournier. Rhumatisme articulaire pendant la grossesse. — M. Lairac. Des bains de [illegible]. — M. Dupré. Considérations à l'étude du rhumatisme cérébral. Traitement par l'hydrothérapie. — M. Artzrouny. De l'œdème carpo-métacarpien [illegible] et de sa pathogénie. — M. Rebillard. Des troubles laryngés d'origine cérébrale. — M. Trévelot. Quelques considérations sur l'amputation de l'omoplate avec [illegible] d'articulation [illegible] — M. [illegible]. De l[illegible] — M. [illegible] du voile du palais.

Enseignement médical libre.

Cours d'accouchements. — M. le Dr STAPFER, chef de clinique d'accouchements, recommencera son cours le 1er décembre (exercices pratiques, théories, manœuvres, examens cliniques). Pour tous renseignements, s'adresser à la Clinique.

Cours d'ophthalmologie. — M. LANDOLT commencera son cours de chirurgie oculaire à l'Ecole pratique de la Faculté, le mardi prochain, 1er décembre, à 2 heures, et le continuera les mardis suivants à la même heure.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 15 novembre au samedi 21 novembre 1885, les naissances ont été au nombre de 1127 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 403 illégitimes, 180 Total, 583. — *Sexe féminin* : légitimes, 358, illégitimes, 156. Total, 514

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 2.225.910 habitants y compris 18.380 militaires. Du dimanche 15 novembre au samedi 21 novembre 1885, les décès ont été au nombre de 914, savoir : 465 hommes et 479 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 5 F. 10. T. 15. Variole : M. 1 F. 2 T. 3. — Rougeole M. 10, F. 11. T. 21. — Scarlatine : M. 8, F. 1 T. 9. — Coqueluche : M. 1, F. 2 T. 3. — Diphthérie, Croup : M. 20 F. 18, T. 38. — Dyssenterie : M. 1. F. 0, T. 1. — Erysipèle : M. 5, F. 3 T. 8. — Infections puerpérales : 3. — Autres affections épidémiques : M. ., F. ., T. . — Méningite tuberculeuse et aiguë : M. 14 F. 16, T. 30. — Phthisie pulmonaire : M. 115, F. 69 T. 184. — Autres tuberculoses : M. 11. F. 9. T. 20. — Autres affections générales : M. 24, F. 31 T. 55. — Malformations et débilité des âges extrêmes : M. 17, F. 37, T. 54. — Bronchite aiguë : M. 9. F. 13. T. 22. — Pneumonie : M. 30, F. 42, T. 72. — Athrepsie : M. 28, F. 26 T. 54. — Autres maladies des divers appareils : M. 146 F. 175, T. 321. — Après traumatisme : M. ., F. ., T. ., — Morts violentes : M. 14, F. 3. T. 17. — Causes non classées M. 6, F. 8, T. 14.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 84 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 35 ; illégitimes, 16. Total : 51. — *Sexe féminin* : légitimes, 24 ; illégitimes, 9. Total : 33.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. DURAND-FARDEL est nommé pendant l'année scolaire 1885-1886, préparateur des travaux pratiques d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Paris, en remplacement de M. Barbinski appelé à d'autres fonctions. M. TOUPET, interne des hôpitaux, est nommé pendant l'année scolaire 1885-1886, moniteur des travaux pratiques d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Paris, en remplacement de M. Durand-Fardel appelé à d'autres fonctions. M. COUDRAY docteur en médecine, est chargé pendant l'année scolaire 1885-1886, des fonctions de préparateur du cours de pathologie externe à la Faculté de médecine de Paris, en remplacement de M. Frémont, dont la délégation est expirée.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Le nombre des exemplaires de thèses dont le dépôt par le candidat est obligatoire, est fixé comme suit pour l'année scolaire 1885-86 : Faculté de médecine : 161 exemplaires — Ecole supérieure de pharmacie : 104 exemplaires.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — M. BOURSIER, agrégé près la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux, est chargé du cours de clinique externe à ladite Faculté en remplacement de M. Denucé nommé professeur honoraire. M. DENUCÉ, doyen de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux, est nommé doyen honoraire. M. PITRES, professeur à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux, est nommé pour cinq ans doyen de cette Faculté.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — *Cours complémentaires* par les agrégés : MM. ARTIGALAS : microbes pathogènes, fièvre typhoïde, choléra ; RONDOT, percussion, auscultation ; LAGRANGE, chirurgie d'armée : ARNOZAN, dermatologie ; BOURSIER, pathologie externe.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — M. RAFIN, docteur en médecine, est nommé pour deux ans chef de clinique chirurgicale à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon, en remplacement de M. G[illegible], dont le temps d'exercice est expiré. M. BLANC, Honoré-Emile, docteur en médecine, est nommé pour deux ans, chef de clinique obstétricale, à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon, en remplacement de M. Peillon dont le temps d'exercice est expiré. M. AUDRY, docteur en médecine, chargé des fonctions de chef de clinique médicale à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon, est nommé pour deux ans chef de ladite clinique.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — M. BAUMEL, agrégé, est chargé du cours complémentaire de [illegible] thérapeutique [illegible].

FACULTÉ DES SCIENCES DE PARIS. — M. DELAGE [illegible]

de zoologie et physiologie animale à la Faculté des sciences de Caen, est chargé du cours de zoologie, anatomie et physiologie comparée à la Faculté des sciences de Paris, pendant l'année scolaire 1885-1886. Un congé sans traitement du 1er décembre 1885 au 30 novembre 1886, est accordé pour cause de service militaire à M. Loye, préparateur de physiologie à la Faculté des sciences de Paris.

FACULTÉ DES SCIENCES DE PARIS. — M. FRANÇOIS soutiendra pour obtenir le grade de docteur ès sciences naturelles, la thèse suivante, le 25 novembre, à 2 heures : *Contribution à l'étude du système nerveux central des Hirudinées.*

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LILLE. — Un congé d'un an, sans traitement, est accordé sur sa demande pour raison de santé, à partir du 1er décembre 1885, à M. de Guerne, préparateur d'histoire naturelle de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille. M. VALLEZ, bachelier ès lettres et ès sciences restreint, est nommé aide-préparateur de physiologie à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille, en remplacement de M. Fisson, démissionnaire.

ECOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE. — *Cours libre d'histoire, de législation et de déontologie pharmaceutiques*, autorisé par arrêté ministériel du 14 septembre 1885. Année scolaire 1885-1886. 1er semestre. — M. DUPUY, pharmacien supérieur, avocat, commencera ce cours dans la salle des Conférences de l'École, le mardi 1er décembre, à 1 heure 3/4, et le continuera, à la même heure, le mardi et le samedi de chaque semaine.

Objet du cours. — 1° *Histoire de la pharmacie*, depuis les temps les plus reculés jusqu'à nos jours. On insistera particulièrement sur l'histoire de la pharmacie en France ; 2° *Législation*, comprenant l'étude théorique et pratique des lois, décrets, arrêtés, déclarations, ordonnances relatifs à l'enseignement, à l'exercice et à la police de la pharmacie ; 3° *Déontologie*, embrassant l'étude des devoirs que le pharmacien doit remplir : A. Dans l'exercice de sa profession. B. En attendant l'arrivée du médecin, en cas d'accidents ou de maladies à invasion subite. — (Indication des premiers secours à donner aux asphyxiés, malades ou blessés). C. Comme expert devant les tribunaux civils, criminels ou commerciaux. D. Comme inspecteur des pharmacies. E. Comme membre des Conseils d'hygiène. — Sous ce titre seront examinées toutes les questions d'hygiène publique et industrielle entrant dans les attributions des Conseils d'hygiène. L'enseignement sera complété par des visites aux établissements parisiens ou suburbains se rapportant à l'hygiène générale.

ECOLE DE PHARMACIE DE PARIS. — *Palmarès* des prix décernés aux lauréats à la suite des concours de l'année scolaire 1884-1885. — 1° *Prix de l'Ecole*. 1re année, 1er Prix (Médaille d'argent, 30 fr. de livres). M. Lefèvre Camille-Victor, né à Chateau-Thierry (Aisne), le 7 mai 1864 ; 2e Prix (Médaille de bronze, 25 fr. de livres), M. Marie Théodore, né à Pernes (Vaucluse), le 20 septembre 1859 ; Ont obtenu, à la suite, le plus de points : MM. Génevrier (Alfred), Guillemot (Charles) ; — 2e année, 1er Prix (Médaille d'argent, 75 fr. de livres). M. Cousin Henri-Charles, né à Chaumont (Haute-Marne), le 3 juin 1863 ; 2e Prix (Médaille de bronze, 25 fr. de livres). M. Cailliat Charles-Gustave, né à Avallon (Yonne), le 29 juin. A obtenu, à la suite, le plus de points : M. Bréville, Raymond. — 3e année. 1er Prix (Médaille d'or de 300 francs) non decerné ; 2e Prix (Médaille de bronze, 25 fr. de livres). M. Boullé, Emile, né a Vincelles (Yonne), le 8 septembre 1860

2° *Prix des travaux pratiques*. 1re année, Médaille d'or : M. Guillemot, Charles, né à Lormes (Nièvre), le 6 février 1860 ; M. Dumont Georges, né à Vailly (Aisne), le 15 mai 1863. — Médaille d'argent : M. Boin, Louis, né à Vailly-sur-Sauldre (Cher), le 13 novembre 1863 ; M. Magret, Gaston, né à Argoules (Somme), le 22 décembre 1851. Ont obtenu, à la suite, le plus grand nombre de points : MM. Derouau Antoine, Hacquard Louis, Claquart Lucien, Guillaume Eugène. — 2e année. Médaille d'or : M. Moreigne Joseph-Henri-Victor, né à Genouillat (Creuse), le 16 avril 1861 ; M. Callais Joseph, né à Varsovie (Pologne), le 19 mars 1862. Médaille d'argent : M. Garnier Pierre, né à Vitteaux (Côte-d'Or), le 8 novembre 1861 ; M. Boulanger Jules-Noel, né à Boulogne-sur-Mer (Pas-de-Calais), le 22 aout 1861. Ont obtenu, à la suite, le plus grand nombre de points : MM. Calliat Charles, Mazaud Louis, Pailloz Jules, Servin Emile. — *Micrographie*, 3e année. Médailles d'or : M. Goetz Georges-Gustave, né a Mulhouse (Haut-Rhin), le 30 novembre 1860 ; M. Finet Louis-Félix-Alexandre, né a Romorantin (Loir-et-Cher), le 6 mai 1862. Médaille d'argent : M. Fleury Emile-Louis-Joseph, né à Versailles (Seine-et-Oise), le 16 avril 1861, M. Borsen Louis, né à Luxeuil (Haute-Saone), le 25 mai 1857. Ont obtenu, à la suite le plus grand nombre de points : MM. Desbrueres Adolphe, Brun Adrien. — *Physique*. Médaille d'or, non decernée. — Medailles d'argent . M. Fouquet Jules-Gustave-Amedée, né à Suzy (Aisne), le 28 fevrier 1860 ; M. Delaborde Abel, né a Dijon (Cote-d'Or), le 18 décembre 1860. Ont obtenu, a la suite, le plus grand nombre de points : MM. Bo[illegible] Emile, Gascard Louis-Albert.

3° *Prix de fondation.*—Prix Menier (Médaille d'argent, 600) fr. M. Hunkiarbeyendian (Rhatchik), né à Constantinople (Turquie), le 26 septembre 1860. — Prix Desportes (700 francs). M. Fleury Emile-Louis-Joseph), né à Versailles (Seine-et-Oise), le 16 avril 1861. — Prix Henri Buignet. 1er Prix (600 francs). M. Gascard Louis-Albert), né à Rouen (Seine-Inférieure), le 26 août 1861. — 2e Prix (400 francs). M. Finet Louis-Félix-Alexandre, né à Romorantin (Loir-et-Cher), le 6 mai 1862. — Prix Gobley, biennal (2,000 francs), M. Causse Henri-Eugène), né à Decazeville (Aveyron), le 15 avril 1858. — Prix Laroze (500 francs), non décerné. — Prix Lebeault (500 francs). M. Guerbet Marcel-Ernest-Auguste, né à Clamecy (Nièvre), le 5 juillet 1861. — Prix Laillet (500 francs), M. Fleury Emile-Louis-Joseph, né à Versailles (Seine-et-Oise), le 16 avril 1861.

VILLE DE PARIS. — M. le Dr JOSIAS (A.) vient d'être nommé inspecteur du service de la vérification des décès pour la septième circonscription (XIIe et XXe arrondissements).

ECOLE DE MÉDECINE D'ALGER. — Le 3 février 1886 s'ouvrira devant la Faculté de médecine de Montpellier, un concours pour l'emploi de professeur suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

ECOLE DE MÉDECINE DE REIMS. — M. PANIS, professeur d'accouchements, est nommé professeur de clinique obstétricale et gynécologie (transformation de la chaire).

ECOLE DE MÉDECINE DE REIMS. — Le 18 mai 1886 s'ouvriront à l'école de Reims deux concours : l'un pour l'emploi d'un chef des travaux anatomiques et physiologiques ; l'autre pour l'emploi de chef des travaux physiques et chimiques.

ECOLE DE MÉDECINE DE RENNES. — Le Dr BERTREUX, chef des travaux anatomiques, est nommé professeur suppléant de pathologie interne et de clinique médicale, après concours subi à Paris le 4 novembre dernier.

HÔPITAL DE MUSTAPHA (Algérie). — Le Dr COCHEZ, ancien interne des hôpitaux de Paris, a été nommé après concours médecin adjoint de l'hopital.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE.—La Société médico-psychologique se réunira, en séance ordinaire, le lundi 30 novembre, à 4 heures précises, rue de l'Abbaye, 3. — *Ordre du jour* : 1° Suspension presque complète du langage pendant vingt ans, suivie de la réapparition subite de cette faculté ; présentation de malade. M. CHARPENTIER. — 2° Observations de compression cérébrale. M. RIU. — 3° Des signes physiques, intellectuels et moraux de la folie héréditaire. M. FALRET.

Erratum. — Dans le compte rendu du cours de M. MAGNNA, il s'est glissé une erreur et à la 16e ligne de la 2e colonne (page 443), au lieu de : « Il décrit ensuite la folie puerpérale comme entité morbide » il faut lire : « Il repousse, d'après les considérations qui précèdent sur l'hérédité, la folie puerpérale comme entité morbide. »

NÉCROLOGIE. [illegible] rges CZ[illegible] rivat docent d'otologie à la facult[illegible] Prague il [illegible] ague en 1851.— M. DUMOLLAR[illegible] pital de [illegible] le Lyon, enlevé en quelques jo[illegible] dans son service. — Le Dr CAPDE[illegible]LLE [illegible] de 2e classe, décédé à Pau. — Dr FOUBERT [illegible] teur d[illegible] bains de mer de Villers. — Dr [illegible] — Dr PÉCHIER de Villers-Bocage (S[illegible]me). — N[illegible] mort du Dr RABUTEAU, mort le 21 [illegible] t, à [illegible] 49 ans. Il avait soutenu une thè[illegible] *physiques de la vision*, en 1869, pour [illegible] agrégation des sciences physiques ; ce fut M. Ga[illegible] publié depuis : *Eléments de thérap[illegible] logie* (4e édition) ; *Eléments de toxicol[illegible] appliquée à l'empoisonnement*, [illegible] *ses des urines* ; — Un *Traité élém*[illegible] Il a en plus fait publier pour se[illegible] travaux sur [illegible] chimie et la physiologie thérape[illegible] ications intéressantes et nombre[illegible] out à la Société de biologie do[illegible] membres [illegible] plus actifs et les plus assidus. C[illegible] ; sa mort est une véritable perte p[illegible] décédé le 16 novembre à Avignon, [illegible] 7[illegible] pour titre : *Sur l'inflammation* [illegible] *bres cervicales* (1832) ; — il a [illegible] Fracastor, *sur la syphilis* (1847) [illegible] *la syphilis* (1854), les *entretiens d'un* [illegible].

[illegible] BOURNEVILLE.

PARIS — IMP. GOUP[illegible] JOURDAN [illegible], 71.

13e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. II. N° 49. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 5 DÉCEMBRE 1885

Le Progrès Médical

CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIQUES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE. — **M. H. LELOIR.**

Leçons sur la Syphilis (1);

Professées à l'hôpital Saint-Sauveur.

SOMMAIRE. — *Chapitre III. — Du syphilôme primaire* (*chancre syphilitique*). *Suite. Diagnostic du chancre.* — (Leçon faite le 13 mars 1885). — *Diagnostic du chancre.* — A. Il faut chercher, il faut savoir trouver le chancre. — Deux cas à distinguer : *a.* Le chancre peut échapper par suite de sa situation même. Exemples. — *b.* Le chancre peut échapper parce qu'il est masqué par d'autres lésions. — Exemples. — B. Le chancre une fois vu, il faut le reconnaitre, le diagnostiquer, et le distinguer d'autres lésions avec lesquelles il pourrait être confondu. — Le chancre peut être vu et ne pas être diagnostiqué. — Cela tient à son polymorphisme. Deux cas à distinguer : *a.* Ou bien c'est par suite de l'insignifiance des lésions qui constituent le chancre que le diagnostic peut être rendu difficile. Exemples. — *b.* Ou bien c'est par les caractères excessifs des lésions qui constituent le chancre (Erosion ou ulcération, néoplasme) que le chancre peut induire le clinicien en erreur : Exemples. Conclusion : Il faut chercher le chancre partout et se méfier toujours. — C. Il ne faut pas prendre pour un chancre une lésion différente. — (Ce paragraphe est la réciproque et le complément du paragraphe précédent). — *a.* Diagnostic du chancre avec : un syphilôme quelconque. Une plaie quelconque indurée artificiellement. Un orifice induré d'abcès. — Ulcérations tuberculeuses, arsénicales. — Certaines affections furonculeuses ou anthracoïdes. — Mes périfolliculites conglomérées en placard. — Certaines folliculites des organes génitaux. — Certaines diabétides génitales. — Chancre acarien. — Vulvite érosive : Exemples divers. — *b.* Diagnostic du chancre syphilitique avec la chancrelle. — Différences cliniques. — Différences anatomo-pathologiques. — Examen comparatif des produits de raclage de la surface des deux chancres (Remarquer l'importance diagnostique histologique de l'absence de reticulum épithélial à la surface du chancre simple). — Du chancre simple papuleux. — Exemple. Importance de la connaissance de cette variété de chancrelle. — Quelques mots sur l'inoculation du chancre simple et du chancre syphilitique. — Causes d'erreur possible. — Faux chancres d'inoculation au porteur de chancre syphilitique : Chancroïdes, nature de ces lésions. Comment interpréter ces faits bizarres ? Discussion. c. Diagnostic du chancre syphilitique avec l'herpès. — Tableau des caractères cliniques différentiels (Fournier). — Signes nouveaux et d'une grande utilité pratique à ajouter aux signes précédents : « *Signes de l'expression du suc* ». — Raisons anatomo-pathologiques de ces signes. Conclusion.

DIAGNOSTIC DU CHANCRE.

Nous arrivons maintenant à l'étude importante du diagnostic du chancre. Après ce qui précède, cette étude sera relativement courte. Toutefois, Messieurs, dans le diagnostic du chancre, pour ne pas commettre d'erreurs considérables, il faut avoir toujours présent à l'esprit la *possibilité* du chancre en quelque point du corps que se trouve la lésion, quel que soit l'aspect de cette lésion et chez quelque individu qu'elle se rencontre. En un mot, Messieurs, il faut toujours songer au chancre. Ici nous devons distinguer : il faut A. savoir trouver le chancre; il faut B., le chancre une fois trouvé, ne pas prendre un chancre pour une lésion banale ou nullement syphilitique.

A. Je dis qu'il faut chercher, qu'il faut savoir trouver le chancre; en effet, Messieurs, le chancre échappe souvent parce qu'il est caché. Et dans cette recherche, ainsi que vous le savez et ainsi que je vous le dirai encore dans ma leçon prochaine, l'adénopathie primaire est d'un grand secours. *a.* Dans certains cas le chancre est caché, larvé, par suite de son siège même. Ce peut être un chancre anal, uréthral, du col de l'utérus, un chancre de la gorge, un chancre situé entre les orteils comme j'en ai publié un exemple curieux dont je vous ai parlé dans mes précédentes leçons. Pour éviter cette erreur de diagnostic dépendant du siège du chancre, vous n'aurez qu'à vous rappeler que le chancre peut siéger sur toute la surface tégumentaire externe ou interne accessible à notre investigation. Vous devrez non seulement examiner vos malades des pieds à la tête, mais les passer au spéculum, examiner l'anus, le nez, etc., dans leur profondeur. *b.* Dans d'autres cas, le chancre est masqué par d'autres lésions, il peut échapper, car on n'y songe pas, on *ne songe qu'à l'affection en apparence principale pour laquelle le malade vient vous consulter.* C'est ainsi que le chancre infectant peut être masqué par un intertrigo, comme vous l'avez vu il y a plusieurs mois à propos d'un chancre de l'anus; il peut être masqué par une balanite simple, un herpès plus ou moins confluent, une vaginite, des chancres simples, etc. etc. Vous voyez souvent venir dans notre salle des filles publiques (Saint-Côme) et parfois même dans nos autres salles des femmes (Saint-Henri), et dans nos salles des hommes, des malades qui constituent de véritables musées pathologiques, de véritables « hommes orchestres » de la dermato-syphiligraphie; ils ont la gale, des pous, de l'herpès, une vaginite ou une chaudepisse, de l'intertrigo purifluent, etc., etc. Et... le chancre infectant se trouve comme noyé au milieu de toutes ces lésions. Le phimosis simple ou inflammatoire vient encore souvent cacher des chancres infectants, et il sera parfois nécessaire d'attendre la résolution de l'inflammation avant de poser un diagnostic certain. Vous en avez sous les yeux un bel exemple. En un mot, Messieurs, il faut toujours chercher derrière la lésion apparente et ne pas voir qu'une seule lésion.

B. Lorsque le chancre est vu, si vous vous rappelez bien les symptômes du chancre tels que je vous les ai décrits, si vous cherchez l'adénopathie caractéristique dont nous reparlerons, en général vous ferez le diagnostic. Mais dans certains cas le chancre peut être vu et ne pas être diagnostiqué. Cela tient à son *polymorphisme.*

Ici nous devons encore distinguer deux cas : *a.* ou bien c'est par suite de l'insignifiance de la lésion que ce diagnostic est rendu difficile. C'est un chancre minuscule, un bobo insignifiant et alors on le confond avec : une érosion simple, une écorchure, une balanite (comme cela arrive souvent pour le chancre maculeux de Besnier et Doyon). On le prend pour une érosion herpétique, pour un petit chancre simple, pour un aphte,

(1) Voir *Progrès médical*, nos 11, 12, 16, 17, 20, 21, 25, 27, 29, 33, 35, 38 et 41.

nous y reviendrons. On a pris ces chancres pour de simples fissures à l'anus (Ricord, lettres sur la syphilis), pour une simple ophthalmie, pour une ulcération dentaire (Capuron), pour une brûlure légère (vous avez vu que le chancre labial de la tireuse de seins qui a été la cause de la terrible épidémie syphilitique de Tourcoing avait été pris par cette femme pour une simple « échaudure de pommes de terre.) » Dans certains cas ce chancre peut simuler une minuscule plaque argentée, une plaque des fumeurs par exemple. R. W. Taylor (communication au congrès de l'association dermatologique américaine, 30 août 1883) a publié une note intéressante sur l'aspect particulier que peut prendre le chancre induré tout à fait au début de son développement. Dans ces cas, le chancre n'était autre chose qu'une tache grande comme deux têtes d'épingles, d'aspect argenté, non surélevée, sans fissure ni relief, même à la loupe. Il semblait que le malade eût été cautérisé légèrement à ce niveau au moyen d'un crayon de nitrate d'argent. (Mon ami le Dr Boeck, de Christiana, a observé aussi cette lésion comme début du chancre induré). Plus tard, la tache argentée s'étendit dans les deux cas de Taylor : au bout de quelques jours on vit survenir l'induration, puis l'adénopathie et enfin six semaines après, la roséole. Méfiez-vous donc des lésions planes, petites, argentées, simulant une minuscule cautérisation au nitrate d'argent (1).

b. Dans d'autres cas, c'est par les caractères excessifs de son érosion, de son ulcération ou de son néoplasme, que le chancre peut induire le clinicien en erreur. Dans ces cas-là, le syphilôme primaire a été assez fréquemment pris pour une tumeur maligne. Ricord, dans ses lettres sur la syphilis, nous raconte avoir été appelé en consultation pour amputer une verge atteinte d'un prétendu épithélioma que quelques pilules de proto-iodure firent rapidement disparaître. Mon ami le Dr Merklen a publié l'observation d'un chancre de l'amygdale simulant un épithélioma de cette région. Hue (*France médicale* 1883) a publié un cas analogue. J'ai vu en 1882, dans le service du professeur Fournier, un chancre papulo-hypertrophique de la lèvre supérieure tellement considérable, qu'un médecin le prit pour une tumeur maligne et proposa à la malade de lui enlever cette prétendue tumeur. La malade refusa parce que ses moyens ne lui permettaient pas de faire pratiquer cette opération, Le chirurgien lui demandait 100 francs. J'ai vu en 1880, quand j'étais interne de mon regretté maître Maurice Raynaud, un chancre de l'amygdale pris pour une angine diphthérique. Mon ami le Dr Brocq a publié dans la thèse de Pivaudran (Paris 1884) l'observation d'un chancre de l'amygdale pris pour une amygdalite gangreneuse.

Je possède l'observation d'un malade que j'ai suivi en mars 1884, dans le service du professeur Fournier, atteint d'un chancre de la commissure palpébrale de l'œil droit, chancre large environ comme une pièce de 50 cent., à base fortement indurée. Ce chancre fut pris par un chirurgien distingué pour une fistule lacrymale. Cette prétendue fistule fut incisée et cautérisée par le chirurgien ! Enfin ces chancres ont pu être pris pour des chancrelles, pour des gommes ulcérées ou non, etc., etc. Je n'en finirais pas si je voulais énumérer les lésions diverses et variées avec lesquelles le chancre a pu être confondu. Donc, Messieurs, cherchez le chancre partout et méfiez-vous toujours.

C. Réciproquement, Messieurs, il ne faut pas prendre pour un chancre une lésion différente, car bien des lésions peuvent simuler le chancre. En vous signalant quelques-unes d'entre elles, je vous indique que l'erreur inverse peut être commise et ce paragraphe est donc la réciproque et le complément du paragraphe précédent. a. Des syphilômes quelconques peuvent être pris pour un chancre, surtout lorsqu'ils siègent aux organes génitaux. Les syphilômes survenant n'importe à quel âge de la vérole peuvent singer le chancre. Je n'y insiste pas, je vous en ai suffisamment parlé plus haut à propos des syphilômes chancriformes. Vous avez vu dernièrement à notre polyclinique qu'une érosion simple de la rainure balano-préputiale, indurée par suite de cautérisations intempestives, peut simuler à s'y méprendre un chancre infectant et que, dans ces cas-là, il faut savoir attendre avant de pouvoir poser un diagnostic. Je possède l'observation d'un malade vu par moi en octobre 1883 dans le service du professeur Fournier, lequel portait, au niveau de la 7e vertèbre cervicale, une plaie simple de la largeur d'une pièce de 20 sous, consécutive à des frottements continuels par des fardeaux qu'il portait sur la partie supérieure du dos et du cou. Or, l'ulcération de cette plaie simple rappelait à s'y méprendre une ulcération de chancre cutané et ce qui venait encore rendre le diagnostic plus difficile, c'était la présence d'une chaîne de ganglions présentant tous les caractères des ganglions de la période primaire et qui se rendaient au triangle sus-caviculaire. Le professeur Fournier lui-même hésita pendant quelques jours. D'après Zeissl la plaie qui est consécutive à l'opération de la circoncision pourrait parfois simuler l'accident primitif de la syphilis. Vous comprenez l'importance de ce fait.

Je vous ai montré, il y a quelques mois, dans notre salle Saint-Côme, des orifices indurés d'abcès vulvaires, périvulvaires, et de la glande vulvo-vaginale, qui auraient pu être pris, à un examen superficiel, pour un chancre infectant. Tout récemment encore, je vous ai montré chez une malade de la salle Saint-Henri un orifice ulcéré d'abcès péri-anal qui simulait tellement un chancre infectant que le diagnostic ne put être porté que quelques jours après. Cette lésion a été moulée par M. Havrez (no 89 du Recueil d'observation. Femmes.)

On a vu des ulcérations tuberculeuses de la langue et de la verge simuler un chancre infectant (Jullien). Vous savez que dans le cours de l'intoxication arsenicale il peut survenir des ulcérations au niveau des organes génitaux qui simulent à s'y méprendre des chancres infectants ou des papules érosives. Ces ulcérations ont été étudiées par Blandet et surtout par Bazin (affections cutanées artificielles, 1862, page 64), mais ces chancres arsenicaux comme on les a appelés, ne s'accompagnent pas d'adénopathie ; ils sont multiples, et coïncident avec d'autres éruptions plus ou moins caractéristiques. Certaines affections furonculeuses ou anthracoïdes de la peau peuvent parfois également singer le syphilome primaire. Bazin et Mauriac en ont publié des exemples.

Certaines variétés de périfolliculites conglomérées de la peau constituant une forme spéciale de dermite dont

(1) Je me demande si dans ces cas de Boeck et de Taylor le virus à ce moment n'avait pas un siège presque uniquement épithélial. Je dois rapprocher cette forme du syphilôme argenté des syphilômes argentés minuscules ou superficiels, absolument semblables d'aspect que je vous ai montrés chez quelques-uns de nos malades à la face inférieure de la langue. Mais ici il s'agissait de syphilômes de la période dite secondaire. Le diagnostic en est impossible. Ici encore le syphilome singe le chancre.

j'ai le premier donné la description clinique et anatomique (H. Leloir, *Annales de dermatologie*, 1884, sur une variété particulière de périfolliculides conglomérées en placard) ont pu parfois présenter une certaine analogie avec le chancre infectant.

Je vous présente un malade qui porte sur le prépuce, à sa surface cutanée, une lésion folliculaire d'une glande sébacée, lésion qui présente une certaine analogie avec un chancre infectant ecthymateux. M. Havrez en a fait l'excellent moulage que voici (n° 117 du Recueil d'observations hommes).

J'ai observé, il y a quelque temps, chez un de mes clients que je soignais pour un diabète, une ulcération assez profonde de la rainure balano-préputiale qui reposait sur un véritable néoplasme, sur une véritable induration du volume d'une noisette et qui aurait pu parfaitement être prise pour un syphilôme ulcéré, n'était sa longue durée, son évolution spéciale et l'absence d'adénopathie. Le professeur Verneuil, auquel je menais ce malade pour le faire opérer par lui, me dit avoir observé parfois des indurations analogues chez des diabétiques. J'opérais ce malade avec le professeur Verneuil et l'examen histologique de la callosité enlevée me montra que j'étais en présence d'une tumeur présentant les caractères histologiques de certaines kéloïdes de la peau. Je n'insiste pas sur cette observation intéressante dont je vous ai déjà parlé d'ailleurs.

Comme le disent très bien Besnier et Doyon dans leurs annotations à la traduction de Kaposi : « En divers points, notamment à l'aréole du mamelon et au pénis, l'irritation acarienne se propage au réseau vasculaire superficiel du derme, au point de produire de véritables indurations, lesquelles peuvent s'ulcérer (chancre acarien) et simuler des chancres syphilitiques (chancres nains). » Vous en avez vu de beaux exemples dans mon service, mais vous avez vu aussi que la présence d'autres lésions de la gale, mon signe de l'expression du suc, l'absence d'adénopathie ou, lorsque celle-ci existe, son caractère inflammatoire, etc., permettaient toujours de poser le diagnostic. Ce diagnostic peut être parfois rendu un peu plus difficile lorsque l'on se trouve en présence de la gale apruriginéuse, forme de gale qui n'est pas aussi rare qu'on le pense. (Cette variété de gale a été bien décrite dans une thèse que j'ai inspirée à mon élève et ami le Dr Jouanaud : *De la gale apruriginéuse*, Paris, 1883).

Dans les cas précédents, un examen minutieux permettra le plus souvent de trouver dans les caractères propres de la lésion et dans l'adénopathie concomitante, si celle-ci existe, des caractères différentiels. Mais il est des cas où le diagnostic est impossible, puisque des syphiligraphes des plus éminents ont pu se tromper. C'est ainsi que Fournier nous raconte, dans ses leçons sur la syphilis chez la femme, avoir été commissionné avec le Dr Bergeron pour examiner une petite fille considérée comme ayant été victime d'un attentat à la pudeur et infectée pendant cet attentat. Cette petite fille portait à la vulve une lésion que Fournier et Bergeron, après un examen minutieux, considérèrent absolument comme un chancre infectant. Heureusement, ils refusèrent de donner un certificat, et l'évolution ultérieure de l'affection leur démontra ensuite qu'ils étaient en présence non pas d'un chancre infectant, mais d'une forme particulière de vulvite érosive. (*A suivre.*)

CLINIQUE INFANTILE

HÔPITAL DES ENFANTS. — **M. J. SIMON.**

De la diarrhée chez les enfants (1);

Leçon recueillie par M. CARRON, interne du service.

3° *Diarrhée de l'entérite simple.* Notre premier soin doit être de mettre le nouveau-né à la diète lactée; lui interdire toutes les soupes, panades, bouillies qu'on lui avait permises. Vous ne permettrez que le sein, encore prendrez-vous la précaution d'éloigner les tétées. Est-il au biberon, vous ferez tous vos efforts pour le remettre au sein. Si le lait de la nourrice n'est point toléré, si l'enfant le vomit en dépit de l'eau de Vichy ou de Vals que vous lui administrerez au moment de chaque tétée, je vous engage à lui donner momentanément du lait d'ânesse, du bouillon de poulet, léger et bien dégraissé. Aux enfants déjà sevrés, vous n'accorderez que de l'eau albumineuse, de l'eau de riz ou de la décoction blanche de Sydenham pendant les premières vingt-quatre heures, et les jours suivants, vous autoriserez en même temps du bouillon de poulet ou de l'eau pannée additionnée de gomme ou de sirop de coing.

Ce régime sévère bien institué, il vous faut, non pas comme dans la diarrhée catarrhale, avoir recours aux vomitifs, ni aux laxatifs, mais bien au bismuth, à la craie préparée et au laudanum surtout.

Dès le premier moment, faire prendre à l'enfant notre potion gommeuse, sucrée, de 120 grammes, contenant 4 grammes de sous-nitrate de bismuth, 2 grammes de craie et, suivant l'âge de l'enfant, une à deux gouttes de laudanum de Sydenham. N'ayez aucune crainte, cette médication vous procurera les meilleurs résultats.

Il n'est pas rare de voir des diarrhées persister indéfiniment chez des enfants soumis au seul usage du bismuth, et s'amender, puis disparaître graduellement sous l'influence du laudanum de Sydenham. Faute d'une goutte de laudanum de Sydenham, vous verrez souvent le flux diarrhéique continuer sans trêve ni merci. Que de fois, à notre consultation d'hôpital, n'avez-vous pas constaté des faits semblables. L'effroi que le laudanum inspire à quelques praticiens prend sa source dans des erreurs de dosage ou d'administration raisonnée. Fractionnez, comme je ne cesse de vous le recommander, la prise de votre potion. Administrez-la dès le début, pour en étudier les effets avec plus de certitude, par cuillerée à café ou à dessert, d'heure en heure, et au premier indice des effets physiologiques, suspendez les opiacés pour ne conseiller qu'une potion chargée de bismuth, d'un peu d'eau de mélisse (5 grammes) et de malaga (10 grammes).

Si vous vous trouvez, par le fait d'une erreur de préparation, en présence d'un léger narcotisme, donnez une à deux cuillerées à café d'infusion légère de café, et l'enfant sortira bien vite de son assoupissement. Il m'est arrivé, en ville, d'observer un cas identique.

Je fus appelé à donner des soins à un enfant de neuf mois, qui était atteint de diarrhée intense, et je lui prescrivis une potion au bismuth additionnée d'une goutte de laudanum. Ma première visite avait lieu à onze heures du matin. Je revins dans l'après-midi, et je constatai chez mon petit malade une somnolence anormale. Dès lors, je me posai les questions

(1) Voir les nos [illegible] 12, 16 et 17.

suivantes : L'enfant est-il affaibli par des garde-robes profuses, que le remède opiacé n'a pu modérer? Non! les selles n'étaient point absolument suspendues, mais le nombre en était certainement diminué. Comme l'enfant assez profondément endormi, avait ses pupilles manifestement étroites et peu mobiles, peu dilatables, j'examinai avec soin la potion et je la trouvai très colorée, plus jaune que ne doit l'être par l'addition d'une seule goutte de laudanum. Il m'était donc démontré qu'elle était mal préparée, trop chargée. Quand l'enfant fut ranimé par la prise d'une cuillerée d'infusion de café, je prescrivis une nouvelle potion laudanisée, qui fut dosée en ma présence. La couleur blanche du sous-nitrate de bismuth fut à peine teintée par la goutte de laudanum. Il est, je le savais, des teintures laudanisées qui sont riches en matièrss colorantes sans être plus actives que les laudanums ordinaires; vous devez vous assurer de ce détail avant de vous prononcer. Mais ici, la contre-expérience ne me laissa aucun doute. L'enfant prit sans inconvénient cette seconde potion qui lui fit le plus grand bien. Ces réflexions ne tendent pas à vous démontrer que les enfants supportent aisément les opiacés, vous n'ignorez point au contraire leur grande susceptibilité à l'égard de ce poison, qui, d'ailleurs, est très variable suivant l'âge et même l'idiosyncrasie de chaque enfant. Mon seul but est de vous mettre en main un agent puissant, mais facile à diriger et à vous faire remonter le courant qui voudrait absolument vous en interdire l'emploi.

Chez les enfants au-dessus de 4 ans, vous pouvez réunir dans la même potion le laudanum et le diascordium; ce dernier à la dose de 1 à 2 grammes.

Votre prescription serait très incomplète, je vous l'ai dit, si vous n'insistiez pas sur la fomentation sur le ventre avec des corps gras (huile de camomille, huile d'amandes douces et sur les lavements amidonnés cuits, pris et gardés après un lavement d'eau ordinaire destiné seulement à débarrasser le rectum des liquides irritants qui s'y accumulent. L'enfant sera bien entendu gardé chaudement au lit, au berceau, les jambes toujours enveloppées dans de la ouate et du taffetas gommé.

Comme vous le voyez, cette médication de l'entérite simple ressemble à celle de la diarrhée catarrhale. Elle en diffère toutefois par un point important : dans la diarrhée catarrhale, j'avais commencé ma thérapeutique par un vomitif et en dehors de toute épidémie, je le ferais suivre d'un laxatif; ici je ne vous en parle que pour vous en déconseiller l'usage. Je n'ignore pas qu'on a prôné le calomel, à dose fractionnée (10 paquets de 1 centigramme chacun) l'*hydrargyrum cum creta* (West) soit seul, soit associé à la poudre de Dower, l'ipéca à dose substitutive d'après la méthode brésilienne et même le nitrate d'argent à la dose de 2 à 5 centigrammes. Plusieurs fois, j'ai tenté de suivre ces pratiques diverses et j'avoue ne pas avoir eu à m'en louer. Je provoquais des coliques sans modifier ni la nature ni le nombre des selles.

Je préfère de beaucoup, quand la diarrhée semble avoir disparu, administrer de la magnésie calcinée et donner de grands lavements d'eau simple à toute médication substitutive ou modificatrice.

Ne vous laissez pas trop séduire par les formules qui n'auraient pas pour bases le bismuth et le laudanum, autrement vous éprouverez de grandes déceptions.

Il me reste encore une petite observation à vous faire. Les parents, vous le savez, voyant dès le lendemain, l'enfant plus calme, les selles moins abondantes et moins fréquentes se tiennent pour satisfaits et ne manquent jamais de suspendre en totalité ou en partie tous les moyens cités plus haut. Ils éloignent ou suspendent les prises de la potion, suppriment les lavements, la fomentation et se hâtent de commettre des infractions au régime, à la diète lactée précédemment ordonnée. Ils craignent, disent-ils, que les enfants ne deviennent affaiblis et misérables. Veuillez bien dès le premier jour prendre vos précautions à cet égard. Répétez-leur à satiété que la maladie va céder en apparence assez promptement, mais que, pour atteindre une guérison définitive, il faut passer par des alternatives d'amélioration et de retour du flux diarrhéique qui dureront de 10, 15 à 20 jours. Si vous n'êtes pas vous-mêmes en garde contre cette donnée pratique, vous échouerez faute de patience. Vous modifierez tous les jours votre médication sans être autorisés à le faire et il deviendra clair pour vos clients que, là où vous devriez leur servir de guide, vous tombez de surprise en surprise.

Pendant la convalescence, l'enfant continuera de prendre du bismuth, de la craie, de l'eau de Vals, ou de l'eau d'Alet. On lui donnera tous les jours un lavement d'eau simple, et parfois un laxatif très léger. Petit à petit, on l'alimentera avec des substances de plus en plus appropriées à son âge et à sa dentition. Vous éviterez par ces moyens une longue durée de symptômes dyspeptiques consécutifs à ces sortes de diarrhées liées à l'inflammation de l'intestin.

Dans quelques cas cependant, les troubles dyspeptiques et le flux encore diarrhéique persistant, il faudra, comme je l'ai fait quelquefois, avoir recours aux vésicatoires volants appliqués pendant trois heures sur le creux épigastrique. Dans d'autres cas, j'ai dû faire prendre à des petits enfants au berceau de la glace râpée au couteau et mêlée à de la poudre de sucre et du bismuth. L'état des voies digestives s'est rétabli en fin de compte par ces deux procédés auxquels vous ne songerez qu'après l'insuccès de la médication précédente aidée de l'eau de chaux et des eaux alcalines.

Diarrhée cholériforme. Vous connaissez la gravité et la rapidité des accidents diarrhéiques cholériformes. Bien que cette maladie ne soit pas de même nature que le choléra, vous savez avec quelle promptitude elle refroidit les extrémités, amaigrit les petits sujets et abat leurs forces. Il faut donc lui opposer sur l'heure une médication bien arrêtée.

Vous recommanderez immédiatement la diète lactée, en prenant toutes les précautions déjà indiquées plus haut : éloigner les tétées; si l'enfant est au biberon, le remettre au sein, etc., etc.

Sans perdre une minute, vous prescrirez la potion au bismuth laudanisée comme dans l'entérite simple, mais avec cette différence que vous lui incorporerez du malaga (15 à 30 grammes), de l'eau de mélisse (10 grammes) et de la teinture de canelle (1 gramme).

Cette potion n'est plus seulement antidiarrhéique, elle est encore stimulante et peut prévenir la dépression nerveuse et l'abaissement de la chaleur du corps.

En même temps, vous devez donner de temps en temps de l'eau pannée additionnée de malaga dans la proportion d'une cuillerée à café pour trois cuillerées à bouche d'eau pannée; ou de l'eau-de-vie, une cuillerée à dessert pour un verre à bordeaux d'eau de riz. Si malgré cette médication énergique l'enfant se refroidit et s'affaiblit d'une manière inquiétante, n'hésitez pas et plongez-le dans un bain sinapisé, ou un bain de vin

chaud, que vous pouvez répéter trois fois en vingt-quatre heures.

Dans le but de conserver la chaleur normale, l'enfant sera enveloppé dans de la ouate saupoudrée de farine de moutarde et recouverte de taffetas gommé. Le ventre sera frictionné avec un liniment excitant et entouré de flanelle et de ouate.

Ces conseils, en apparence identiques à ceux que je vous ai donnés à propos de la diarrhée de l'entérite, offrent ceci de spécial qu'ils ne tendent plus seulement à enrayer le flux diarrhéique, mais encore à relever les forces et à réchauffer le petit patient.

J'insiste beaucoup moins ici sur les lavements amidonnés. Les enfants atteints de choléra infantile ne les gardent point pendant les deux ou trois premiers jours; vous ne pouvez les utiliser qu'à partir de cette époque, après la crise aiguë et périlleuse de la diarrhée cholériforme.

Dans cette affection, nombre d'auteurs très autorisés (Rillet et Barthez) conseillent une potion au nitrate d'argent (1 à 3 centigrammes pour 60 grammes d'eau), prise par cuiller à café toutes les heures; d'autres, l'ipéca en lavage. Quant à moi, je m'en tiens au bismuth, au laudanum et aux excitants : malaga, eau-de-vie, cannelle, mélisse, associés dans une potion administrée par cuiller à café à des intervalles assez rapprochés, tous les quarts d'heure d'abord, ensuite toutes les demi-heure.

Je seconde les effets de ces stimulants par des bains sinapisés, des bains de vin chaud, l'emmaillottement dans de la ouate et de la farine de moutarde. Au besoin, même, j'applique aussi un vésicatoire volant pendant trois heures sur le creux épigastrique, et dès que l'estomac le permet, je soutiens les forces avec du bouillon de poulet, un peu de café léger, et des boissons alcooliques étendues d'eau dans des proportions indiquées.

Je vous conseille donc le traitement antidiarrhéique de l'entérite, augmenté d'excitants internes et externes, destinés à déplacer la fluxion intestinale et à combattre la prostration imminente.

Au bout d'un temps très court, deux à trois jours, les accidents graves pourront être conjurés, et vous vous trouverez en présence d'une diarrhée ordinaire qui durera encore un à deux septenaires.

Parfois, ces *diarrhées consécutives*, et même celles qui sont liées à l'entérite simple, ne cèdent à aucune médication. Il faut dès lors avoir recours à ce que Trousseau appelait la conserve de Damas (viande crue pilée, réduite en pulpe, passée, et mêlée à de la conserve de roses et de la poudre de sucre). C'est à Weiss, de Saint-Pétersbourg, que nous sommes redevables de cet excellent aliment, auquel nous avons l'habitude de recourir dans les cas rebelles. Il n'a d'autre inconvénient que d'exposer les enfants au développement du tænia, accident aléatoire qui ne pèsera guère dans la balance en face d'un péril imminent.

Bien que la nature du choléra infantile et du vrai choléra soit essentiellement distincte, comme on se trouve, dans les deux cas, en présence des mêmes indications à remplir, cette médication peut donc être mise en œuvre contre le vrai choléra asiatique, auquel les enfants sont loin d'être exempts en temps d'épidémie.

Diarrhée avec accidents cérébraux, soit éclamptiques, soit méningés (fausse méningite, soit typhoïdes forme éclamptique).

J'ai bien des fois attiré votre attention sur les accidents cérébraux éclamptiques qui surviennent par le fait d'indigestion, de dyspepsie, ou de diarrhée. Le fait n'est point rare, et il faut vous attendre, dès le début de votre pratique, à être appelés inopinément pour des cas semblables. Chaque fois que vous vous trouverez en présence d'attaque éclamptique, vous devez toujours, et tout d'abord, mettre au premier rang des causes probables l'indigestion et la diarrhée. C'est une règle de conduite dont il ne faut pas vous départir.

Eclairé et par les renseignements et l'observation des principaux symptômes, quel doit en être le traitement?

Ou bien l'enfant est atteint d'une diarrhée catarrhale séro-muqueuse bilieuse, liquide; — alors vous aurez recours à un éméto-cathartique, suivi de la potion au bismuth laudanisée, des lavements amidonnés, la ouate sinapisée, des frictions excitantes sur le ventre et la diète lactée.

Ou bien la diarrhée est plutôt lientérique. — Dans ce cas, vous insisterez sur des lavements à grands courants et au besoin sur des lavements purgatifs (sulfate de soude, 10 grammes; follicules de sené, 8 grammes; eau, 150 grammes ; miel de mercuriale, 20 grammes), pour des enfants de dix-huit mois à deux ans. — Au-dessous de cet âge, les lavements purgatifs peuvent être exclusivement composés avec 10 grammes de sulfate de soude ou un mélange de glycérine et d'huile d'olive délayés dans 150 grammes d'eau tiède.

Telle est la première indication à remplir.

La seconde consiste à combattre simultanément les accidents cérébraux; si vous arrivez au moment des attaques éclamptiques, faites respirer de l'éther avec ménagement. Les convulsions persistent-elles, plongez l'enfant dans un bain synapisé — pendant cinq à dix minutes, jusqu'à la rubéfaction de la peau. — Vous pouvez répéter ce bain deux à trois fois en vingt-quatre heures. En outre, vous ferez prendre à l'enfant une potion de quart d'heure en quart d'heure, contenant un gramme de bromure et cinq gouttes d'éther sulfurique.

Vous alternerez cette potion avec celle au bismuth.

Dans la *forme méningée*, les selles sont plutôt rares que fréquentes. Vous êtes en droit d'administrer 0,10 centigrammes de calomel additionnés de sucre, et divisés en 10 paquets, que l'enfant prendra d'heure en heure.

Dans la *forme typhique*, insistez davantage sur les excitants, donnez une potion avec 15 grammes de malaga, des bains de vin chaud ou de sel de Pennès, des frictions aromatiques sur les membres.

Pour peu que les accidents cérébraux des trois formes précitées résistent à ces différents moyens, il vous faut appliquer un vésicatoire volant à la nuque pendant trois à quatre heures.

Quand les accidents cérébraux et la diarrhée se seront amendés, l'enfant entrera dans la période de convalescence et des troubles dyspeptiques.

Remarque. Toutes les diarrhées dont nous venons d'étudier le traitement sont sujettes à de fréquentes rechutes, si on ne sait pas persister dans la direction thérapeutique adoptée. Soit par inobservation des lois de l'hygiène, soit par suspension prématurée de la médication appropriée, la diarrhée renaît avec tous ses caractères spéciaux et propres à chaque classe sus-indiquée. Si vous voulez éviter les rechutes, continuez votre médication pendant cinq à six jours après la guérison apparente. (*A suivre.*)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — M. CHATETEAU (Augustin), est nommé préparateur du laboratoire de pharmacie à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux, en remplacement de M. Campan, démissionnaire.

*

CLINIQUE NERVEUSE

Observation relative aux localisations cérébrales. — Hémiplégie alterne d'origine cérébrale. — *Hémiplégie flasque du côté gauche, complète au membre supérieur, incomplète au membre inférieur, avec intégrité de la face. Paralysie du facial inférieur du côté droit. — Autopsie: Premier tubercule dans l'hémisphère droit coupant la capsule interne en arrière du genou; second tubercule dans l'hémisphère gauche intéressant la partie postérieure du lobule de l'insula et la partie inférieure des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes*; par A. Joffroy.

Un enfant de seize mois est entré, le 8 décembre 1884, à la clinique des Enfants-Malades, salle Saint-Thomas, nº 1. Son père et sa mère sont vivants et se portent bien, mais son frère aîné est mort en bas âge d'une méningite tuberculeuse. Il y a quelque temps, la mère crut que l'enfant commençait à marcher, mais elle ne tarda pas à remarquer que si la jambe droite avait assez de force pour servir de point d'appui, il n'en était pas de même de la gauche qui fléchissait sous le poids du corps. Déjà, à cette époque, l'enfant ne se servait plus guère de sa main gauche qui ne tarda pas à devenir complètement inerte.

La veille de son entrée dans le service, le petit malade fut pris de convulsions généralisées qui durèrent depuis 9 heures du matin jusqu'à 6 heures du soir, avec des exacerbations. Puis survint une accalmie. Mais le lendemain matin, à 3 heures, les convulsions reparurent et persistèrent jusqu'à 9 heures du matin. On ne put fournir de renseignements précis sur ces convulsions; elles siégeaient dans les membres des deux côtés et à la face, mais on ne sait si elles étaient plus prononcées d'un côté que de l'autre. A la visite du matin, je constate une paralysie complète et flasque du membre supérieur gauche, une paralysie incomplète du membre inférieur gauche sans aucune atteinte des muscles de la face du même côté. A droite, au contraire, il y a une paralysie faciale très accusée, limitée à la région inférieure de la face: la bouche est déviée à gauche, le sillon naso-labial droit est effacé, mais l'orbiculaire de la paupière droite se contracte bien et l'œil se ferme complètement.

Dans l'après-midi l'enfant est repris de convulsions violentes et meurt rapidement.

Avant de donner la relation de l'autopsie, nous allons rappeler en quelques lignes le diagnostic porté et les motifs sur lesquels il s'appuyait.

Le diagnostic de *tuberculose cérébrale* et de *méningite granuleuse aiguë* fut établi d'après les motifs suivants: Le malade avait perdu un frère d'accidents convulsifs considérés comme répondant à une méningite tuberculeuse. Le malade lui-même présentait, à l'auscultation, des signes de tuberculose des deux sommets. Enfin il existait, depuis quelque temps, une hémiplégie du côté gauche, développée d'une manière insidieuse. Mais en outre, il existait une paralysie faciale du côté droit.

En présence de l'hémiplégie des membres du côté gauche et de la paralysie faciale du côté droit, la première idée qui vint à l'esprit fut que l'on avait affaire à un tubercule de la moitié droite de la protubérance, ou d'une lésion de cette région intéressant à la fois le faisceau cérébral moteur et le nerf facial.

Mais ce diagnostic ne supportait pas l'examen. En effet, si la paralysie faciale était très marquée dans le domaine du facial inférieur elle était nulle dans la partie supérieure de la face, et, en particulier, les orbiculaires des paupières se contractaient également bien et très énergiquement à droite et à gauche. Il s'agissait donc non d'une paralysie périphérique de la septième paire, mais bien d'une paralysie faciale d'origine centrale, d'une paralysie cérébrale. C'est pourquoi, abandonnant l'idée d'une lésion protubérantielle unique, nous avons pensé à une double lésion sus-protubérantielle, attribuant l'hémiplégie des membres du côté gauche à une altération tuberculeuse de l'hémisphère cérébral droit, et l'hémiplégie faciale droite à une lésion de même nature de l'hémisphère cérébral gauche. C'est ce que confirma l'autopsie, qui démontra en même temps que c'était à une lésion fort limitée de la capsule interne qu'était due la *monoplégie brachiale*, car on peut presque employer cette expression pour désigner l'hémiplégie gauche qui, chez cet enfant, respectait complètement le côté correspondant de la face, n'atteignait qu'incomplètement le membre inférieur, mais paralysait d'une façon absolue le membre supérieur.

Autopsie. Il n'y a rien d'important à relever dans l'examen des viscères thoraciques et abdominaux, sauf la présence de granulations tuberculeuses aux deux sommets des poumons; à droite, où la lésion est plus ancienne, il y a une petite excavation.

Encéphale. Le bulbe, la protubérance, le cervelet, les

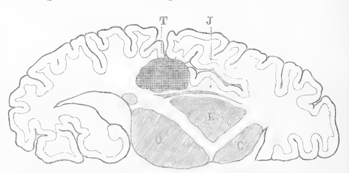


Fig. 110. — Hémisphère cérébral gauche. Coupe de Flechsig. — C. Noyau caudé. — L. Noyau lenticulaire. — O. Couche optique. — J. Lobule de l'insula. — T. Tubercule caséeux.

pédoncules cérébraux sont intacts à la superficie et dans la profondeur.

Les méninges qui recouvrent les hémisphères cérébraux sont assez congestionnés, mais on ne trouve aucune trace de méningite du côté droit, et en particulier dans la scis-

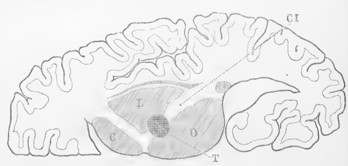


Fig. 111. — Hémisphère cérébral droit. Coupe de Flechsig. — C. Noyau caudé. — L. Noyau lenticulaire.—O. Couche optique.— CI. Capsule interne. — T. Noyau tuberculeux.

sure de Sylvius et le long des parois de l'artère Sylvienne droite on ne découvre aucune granulation tuberculeuse.

Il n'en est pas de même à gauche, où de fines granulations grises s'étendent le long du tronc principal de l'artère Sylvienne; on note, en outre, de l'épaississement et de l'opacité des membranes à leur voisinage.

Toutefois il ne s'agit que d'une lésion peu étendue et qui ne paraît être que l'irradiation d'une lésion plus profonde que l'on met bien en évidence en pratiquant la coupe de Flechsig.

Cette lésion consiste dans la présence d'une masse caséeuse à son centre, à bords mal limités, du volume d'une aveline, siégeant en dehors de l'avant-mur sur les deux dernières digitations du lobule de l'insula et intéressant la partie inférieure des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes, ainsi que la partie moyenne de la première circonvolution temporale.

En pratiquant la même coupe horizontale dans l'hémisphère droit, on met également à découvert une petite masse tuberculeuse assez bien limitée, de forme sphérique et ne dépassant pas le volume d'un petit pois. Ce petit

tubercule est partiellement enclavé dans le noyau lenticulaire et dans la couche optique, et coupe la partie postérieure de la capsule interne à peu près au niveau de l'union du tiers antérieur avec le tiers moyen, comme on le voit sur le dessin ci-contre.

Ce petit tubercule est entièrement caséeux et l'on ne trouve aucune autre lésion dans l'hémisphère cérébral droit.

Nous n'ajouterons rien à ce qui a été dit relativement à la paralysie alterne et aux motifs pour lesquels on devait repousser l'idée d'une lésion de la protubérance, mais nous appellerons l'attention sur la relation existant entre le siège des tubercules cérébraux et le siège des paralysies. En réalité, il y a ici deux observations. Dans la première il s'agit d'une monoplégie faciale droite. La lésion correspondante est superficielle, et quoique peu étendue elle intéresse plusieurs circonvolutions, celles de la partie postérieure de l'insula, une petite étendue de la première temporale et la partie inférieure des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes. Nous pensons que c'est à la lésion de ces dernières que doit être attribuée la monoplégie faciale. Mais si nous savons que la lésion de la première temporale ne peut intervenir pour l'explication de cette paralysie, et peut exister sans donner lieu à aucun symptôme distinct, il convient d'être plus réservé touchant la lésion de l'insula dont la physiologie est à l'ordre du jour.

Il n'est pas cependant hors de propos de rappeler, avec MM. Charcot et Pitres, qu'en ce qui concerne les phénomènes moteurs, l'insula de Reil fait partie de la zone dite *latente* et que ses lésions destructives ne provoquent pas directement de phénomènes moteurs (1). » Nous nous trouvons ainsi conduit à rattacher la paralysie faciale droite observée chez notre malade à la lésion de la partie inférieure des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes. Notre observation doit donc prendre place à côté de celles de Charcot et Pitres, Nothnagel, Amidon, Ballet, Pétrina et Thomas Buzzard.

Si maintenant nous passons à l'étude de l'hémiplégie incomplète du côté gauche, constituant presque, comme nous le disions plus haut, une monoplégie brachiale, nous voyons qu'elle est due à une lésion occupant, non plus la superficie mais bien la profondeur du cerveau. Et quoique la lésion interrompe les faisceaux moteurs assez loin des foyers d'origine, on se trouve en présence d'une paralysie limitée presque exactement au membre supérieur.

Les études faites par MM. Charcot et Brissaud d'une part, et Flechsig de l'autre, montrent que l'on peut faire une étude des localisations dans la capsule interne parallèle à l'étude des localisations dans l'écorce cérébrale, mais c'est principalement aux dégénérations secondaires que l'on s'est adressé pour établir cette topographie dans la capsule interne. Le fait que nous avons rapporté dans ce travail présente donc un intérêt particulier puisqu'il s'agit d'une lésion de très petite étendue et parfaitement limitée. Son siège correspond, du reste, exactement à celui qui a été indiqué pour les dégénérations secondaires à une lésion de l'écorce ayant produit une hémiplégie des membres avec contracture.

PATHOLOGIE EXTERNE

Rupture du foie et de la vessie ;

Par MAUBRAC, aide-major (2).

H. A..., 23 ans, maréchal-ferrant, est renversé le 1er mars à six heures du soir, par un omnibus à deux chevaux; une roue lui passe sur le corps, au niveau du bassin. On le transporte à l'hôpital militaire du Gros-Caillou (service de M. le major GENTIT). Le blessé n'a pas perdu connaissance, mais il ne peut dire comment il a été renversé et ne peut expliquer les contusions qu'il a reçues. La face est pâle, les traits tirés, les lèvres cyanosées, les pupilles dilatées, le nez froid, ainsi que les extrémités; le pouls est plein, un peu accéléré (90). Il existe diverses contusions au front, à l'épaule droite; les déchirures de la peau et les ecchymoses indiquent que la roue a dû passer sur la racine de la cuisse droite, au pli de l'aine; sur l'abdomen, immédiatement au-dessus de la symphyse pubienne; sur l'épine iliaque antérieure et supérieure, et la racine de la cuisse gauche. Pas de dyspnée; ni hémoptysie, ni fracture de côte. La région hépatique n'est pas douloureuse. Le blessé souffre de son épaule droite, qui porte des traces de contusions, sans fracture ni luxation, mais se plaint surtout de douleurs très aiguës, limitées à la région hypogastrique. Le ventre est souple, non ballonné, sans matité. La région hypogastrique, sonore, est très douloureuse à la pression et à la percussion; *le bassin n'est pas fracturé, la région péritonéale n'est pas douloureuse.* Le malade affirme qu'il a uriné quelques instants avant son accident.

Assez calme d'abord, et ne demandant qu'à dormir, le blessé est bientôt pris d'une agitation extrême; il a des nausées, puis des vomissements; il se plaint d'un violent besoin d'uriner, mais la miction est impossible. A ce ténesme vésical vient bientôt se joindre du ténesme anal; le blessé se lève seul et fait de vains efforts de défécation. — Le ténesme augmente et devient insupportable. On sonde le malade sans difficulté, et on retire 150 grammes d'urine sanguinolente, qui sort en bavant; lorsque le malade fait un effort, il se produit un jet assez faible. Après ce cathétérisme, léger soulagement; mais bientôt après le ténesme reparaît, les douleurs hypogastriques deviennent plus vives et le malade insiste pour qu'on le sonde de nouveau. Deux injections de morphine lui procurent un peu de soulagement et de sommeil.

2 mars. Le malade est pâle, couvert de sueur visqueuse, dans un état de prostration extrême; traits tirés, regard anxieux. Température, 36°,8; pouls, 86; l'abdomen est légèrement météorisé; la respiration est normale. Deux vomissements depuis la veille au soir dix heures. A l'hypogastre, douleur localisée par le malade en arrière de la symphyse pubienne; la percussion légère accuse de la sonorité. La fosse iliaque droite est douloureuse à la pression, sans gargouillement ni empâtement. Fosse iliaque gauche, rien d'anormal; dans la région du foie, douleur légère, exaspérée par la pression, sans irradiation à l'épigastre ou à l'épaule droite. Plus de ténesme vésical ou anal. Le malade n'est pas allé à la selle depuis la veille. La miction est impossible; par le cathétérisme, on retire 200 grammes d'urine brune, sans caillots, d'odeur très nettement spermatique et qui s'échappe avec assez de force de la sonde: cette urine contient des globules rouges en quantité considérable; pas de spermatozoïdes. Le soir à trois heures, un nouveau cathétérisme donne 85[illegible] grammes d'urine nullement altérée; l'odeur spermatique persiste. Pas de selle, malgré deux lavements qui n'ont pas été rendus. Température, 37°,4; pouls, 92.

3 mars. Prostration moindre; le malade a un peu dormi il ne vomit plus. Urine toujours brune; lavage à l'acide borique; la fin de l'écoulement ramène du liquide un peu trouble; la douleur rétro-pubienne a un peu diminué. Légère teinte subictérique et douleur plus intense à l'hypochondre droit; le foie ne dépasse pas le rebord des fausses côtes. L'urine que l'on retire par le cathétérisme dans la journée est toujours brune, mais ne contient plus de pus et n'est pas altérée. Température : matin, 37°,2; pouls, 76. Soir, 37°,6.

4 mars. Le malade a dormi presque toute la nuit. A quatre heures du matin, il se plaint de violentes douleurs à l'hypogastre; le cathétérisme donne 400 grammes d'urine brune, qui sort en jet à 8 ou 10 centimètres de la sonde; pas de pus même à la fin de la miction, pas d'odeur anormale; la douleur disparaît et le malade est plus calme. A huit heures du matin il se plaint à peine de l'hypogastre, ne souffre que dans la fosse iliaque droite et la région

(1) Charcot et Pitres. — *Etudes des localisations motrices* (*Revue de médecine*, 1883, p. 318).

(2) Communication à la *Société anatomique*, 20 mars 1885.

lombaire; la moindre pression de la fosse iliaque exaspère les douleurs. L'état général est meilleur, pas de vomissements, pas de selle; la teinte subictérique a disparu. Température : matin, 36°,6; soir, 37°,2.

5 *mars*. Nuit bonne. Urine claire et contenant encore quelques globules rouges. L'état général s'améliore, l'intelligence est nette. L'abdomen n'est pas météorisé; la fosse iliaque droite est toujours sensible. Légère douleur rétro-pubienne, pas de vomissements, pas de selle. Température : matin, 36°,6; soir, 37°,4.

6 *mars*. Etat général assez bon, urine claire, plus de sang. Température, 36°,8: le soir, sans frisson, ni malaise, ni aggravation apparente de l'état général, la température monte à 39°, le pouls à 116. L'urine est claire, sans odeur.

7 *mars*. La face est grippée, cyanose légère, extrémités froides, abdomen météorisé, douleur rétro-pubienne plus vive; cet état persiste toute la journée. Les urines sont ammoniacales, troubles et contiennent du pus. Température : matin, 36°8; soir, 36°,2. Pouls : matin et soir, 116.

8 *mars*. Dépression considérable, face pâle, cyanosée, intelligence obscure, corps couvert de sueur. Dyspnée sans point de côté, congestion intense à la base du poumon droit. Abdomen très peu météorisé; ni vomissement ni selle durant la nuit. Les urines sont troubles, purulentes. Température, 36°,4; pouls, 110. — A 3 heures du soir, les vomissements reparaissent, porracés, verdâtres; du hoquet survient, les extrémités se refroidissent. Température, 39°; pouls, 120. Puis sueurs profuses, dyspnée, délire tranquille. — Mort à 9 heures du soir, 7 jours et 3 heures après l'accident.

Autopsie, 18 heures après la mort. — Léger épanchement sous-cutané au niveau de l'épine iliaque antérieure et supérieure gauche, et dans la gaine des couturiers droit et gauche. Le péritoine pariétal de la paroi abdominale antérieure est adhérent aux anses intestinales, mais se laisse détacher facilement; dans le flanc droit, adhérences plus résistantes. Le grand épiploon est rétracté à gauche et en haut. Les anses intestinales sont rouges, sèches, dilatées par des gaz, agglutinées entre elles, avec des fausses membranes jaunes, peu adhérentes, sans liquide séreux ou purulent. Ces fausses membranes sont plus épaisses, plus nombreuses et plus adhérentes dans la fosse iliaque droite. De toute la cavité péritonéale, — le petit bassin excepté, — nous avons retiré à peine 90 grammes de liquide louche, avec des débris de fausse membrane. Le foie, de volume et poids normaux, présente sur le milieu de sa face convexe un sillon, trace de rupture, parallèle au bord antérieur, long de 24 centimètres: en son milieu, aboutit presque perpendiculairement un sillon qui vient de la partie antérieure et gauche, figurant sur cette face convexe un Y. Au point d'union des deux branches de l'Y, la lésion atteint ses plus grandes dimensions (2 centimètres de largeur). Ce sillon, très apparent, est jaunâtre, pâle, et les lèvres de la solution de continuité paraissent réunies sur presque toute l'étendue. Sur la face convexe du foie, le péritoine est intact, ne présente nulle part de point enflammé, de fausse membrane ou de dépôt sanguin. Les coupes du foie montrent que la rupture superficielle, ayant intéressé la capsule de Glisson, est peu profonde et cicatrisée; au point le plus contus, au lieu de réunion des deux branches de l'Y, on trouve un noyau cicatriciel dur, du volume d'une grosse amande, jaunâtre, piqueté de rouge, envoyant des prolongements dans la direction des traits d'éclatement. Autour de ce noyau sont deux foyers sanguins, traces de ruptures profondes, noirâtres, entourés d'une zone rouge carminée, tranchant très vivement par leur coloration sur la coupe; ils sont nettement limités et ont 1 centimètre d'épaisseur sur 3 de hauteur. Ces foyers contiennent des caillots noirs denses, qu'un filet d'eau ne parvient pas à désagréger. Dans le lobe droit, on trouve d'autres foyers sanguins analogues: l'un d'eux est situé autour d'une veine sus-hépatique, l'entoure presque complètement sur une étendue de 4 centimètres, et la dissection montre la veine intacte, perméable et sans rupture. L'épanchement s'est fait autour de la veine et non à ses dépens. A la partie inférieure, au niveau du hile, ecchymose due à la présence d'une rupture avec épanchement sanguin du volume d'une grosse amande, situé à 1 centimètre de profondeur, semblable à ceux déjà décrits. La vésicule, remplie de bile noirâtre, poisseuse, est intacte, ainsi que les canaux cholédoque et biliaires. La rate et le pancréas ont échappé au traumatisme. L'estomac ne présente rien d'anormal. L'intestin grêle, en différents endroits, est congestionné et contus; les lésions, ainsi que la péritonite, sont limitées plus spécialement au flanc et à la fosse iliaque droite. Sur l'intestin grêle, dans les parties situées à gauche, le côlon transverse, le côlon descendant, sont quelques rares fausses membranes peu adhérentes; le foie, l'estomac, la rate n'en portent aucune trace. Les contusions sont surtout accusées sur une anse située dans l'hypochondre droit, de la partie moyenne de l'intestin, et sur la terminaison de l'intestin grêle dans le cœcum; le cœcum est de teinte bleuâtre, lie de vin; les vaisseaux sont dilatés, gorgés de sang; les tuniques sont œdématiées, épaissies et très friables, sur une hauteur de 12 centimètres. L'appendice iléo-cœcal est sain, le tissu cellulaire péri-cœcal est infiltré de sérosité sanguine, sans foyer de pus ou de sang. Des lésions analogues existent sur le rectum; infiltration sanguine sous le péritoine et dans les couches musculaire et muqueuse. Nulle part on ne trouve trace de rupture de l'intestin ou d'épanchement de matières fécales. Dans l'intestin grêle, matières jaunâtres très fluides, de même dans le cœcum; elles deviennent plus rares dans le gros intestin; dans l'S iliaque et le rectum, quelques mucosités, mais à peine de matières fécales. Nulle part on ne constate de matières noires ou de traces de déchirures de la muqueuse. Ecchymose dans le mésentère, avec infiltration sanguine diffuse; ecchymose sur le promontoire, dans le tissu cellulaire qui entoure la veine cave inférieure et l'aorte; ces vaisseaux sont intacts, sans rupture et sans hémorrhagie dans leurs tuniques. La dissection du petit bassin montre des anses de l'intestin grêle accolées, soudées entre elles et à l'S iliaque, formant une voûte complète au niveau du détroit supérieur; ces anses sont solidement unies, et les adhérences, bien que récentes, ne peuvent être rompues qu'en altérant les parois de l'intestin. Sur la face supérieure de cette voûte, regardant la cavité péritonéale que nous venons d'examiner, sont quelques fausses membranes peu adhérentes, semblables à celles déjà rencontrées sur l'intestin grêle, sans liquide. En séparant ces anses intestinales des parois du bassin auxquelles elles adhèrent intimement, on arrive dans une cavité située au-dessous de ces anses, contenant, mélangée à du pus, d l'urine qui s'échappe en jet et avec force par l'ouverture qu'on vient de créer. Cette cavité, parfaitement close, est constituée par une anse de l'intestin grêle et l'S iliaque soudées à la partie supérieure, le rectum en arrière, les parois du bassin sur les côtes et en bas par la face postérieure de la vessie, qui présente à sa partie antérieure et supérieure, sur la portion péritonéale, une déchirure transversale de 6 centimètres. Les bords de la rupture vésicale sont lisses; la muqueuse, très congestionnée, œdémateuse, fait bourrelet au pourtour; se dirigeant en arrière, sur une étendue de 2 centimètres, existe une rupture incomplète, comprenant la séreuse péritonéale et quelques fibres musculaires superficielles. Une fausse membrane épaisse, adhérente, rugueuse, tapisse les organes qui constituent les parois de cette nouvelle cavité. Infiltration séro-sanguine entre les couches musculaires de la vessie, — nullement altérée par quelque affection antérieure, — donnant à l'organe une coloration bleu noirâtre très intense, que l'on retrouve sur le rectum, et une partie de l'S iliaque. Le tissu cellulaire pelvien, la cavité de Retzius et le tissu cellulaire sous-péritonéal voisin sont à peine infiltrés de sérosité sanguine. Les vésicules séminales sont ecchymotiques, distendues, mais sans rupture; l'urèthre ne porte pas de traces d'inflammation antérieure. La prostate, les uretères, les bassinets sont sains, le rein gauche également. Sur la face antérieure du rein droit, une ecchymose de la dimension d'une pièce de 1 franc se prolonge

en pointe dans le parenchyme, sans se collecter en foyer; pas de rupture de l'organe, point d'infiltration dans la tunique celluleuse.

Le bassin, examiné au point de vue d'une fracture qui aurait pu passer inaperçue durant la vie, est intact ; il n'y a pas de diastasis des symphyses pubienne ou sacro-iliaque. Pas de fracture des vertèbres : rien d'anormal dans le canal rachidien. Le péricarde, les plèvres ne présentent ni épanchement ni ecchymose. Le cœur, le poumon gauche sont sains. Le poumon droit, très congestionné dans ses deux lobes inférieurs, ne crépite plus ; la coupe laisse écouler du sang peu aéré, sans globules graisseux apparents ; pas d'abcès. Le diaphragme ne présente aucune altération sur ses faces péritonéale et pleurale. Le cerveau n'a pu être examiné.

Réflexions.— Le foie a présenté à l'autopsie des lésions en voie de guérison. On n'a que rarement l'occasion de constater ce fait, le traumatisme de la lésion détermine le plus souvent d'autres désordres, dont la gravité promptement mortelle ne permet pas à la plaie du foie d'évoluer. Les ruptures existant sur la pièce que nous avons pu examiner présentaient et confirmaient chez l'homme en même temps — le processus de cicatrisation que Terrillon a donné comme type d'évolution normale et constante des ruptures du foie qu'il produisait expérimentalement. Evolution cicatricielle rapide lorsque la capsule de Glisson était intéressée; — lente au contraire dans les cas de rupture profonde. Pour la vessie, le trauma semble avoir lui-même produit la barrière qui a empêché l'urine de diffuser dans toute la cavité péritonéale. Par l'attrition des anses intestinales contenues dans le petit bassin, il a déterminé et circonscrit aux organes qu'il contusionnait, une inflammation rapide, capable d'isoler la cavité pelvienne de la cavité abdominale. La formation d'une nouvelle cavité vésicale aux dépens des organes voisins explique cette survie de 7 jours, dans un traumatisme dont la mort plus rapide est la conséquence ordinaire. Nous ferons aussi remarquer comme plus particulièrement intéressant : 1° L'intégrité absolue du squelette pelvien et de ses articulations malgré le poids énorme qu'il a eu à supporter. 2° La petite quantité d'urine contenue dans la vessie au moment de l'accident. 3° La prompte disparition des symptômes généraux et l'amélioration de l'état général du 2e au 6e jour. 4° L'accumulation, sous pression dans une nouvelle cavité, de l'urine qui sortait en jet lorsqu'on pratiquait le cathétérisme.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Le concours d'agrégation en médecine.

Dans un article précédent (1), nous avions cherché à démontrer que les concours d'agrégation en médecine, loin de répondre aux nécessités actuelles de l'enseignement supérieur, étaient funestes à cet enseignement, dont ils paralysent d'avance la force et la virilité fécondantes. Nous avions relevé d'un mot l'absurdité réglementaire qui oblige les candidats de province à venir à leurs frais subir de longues et multiples épreuves, qui les ruinent et les énervent sans aucun profit pour l'Etat, pour les Facultés, pour la science. Nous avions déploré la stérilité des efforts surhumains auxquels la routine administrative et l'inertie ministérielle condamnent cette phalange de jeunes savants remplis d'ardeur, de mérites et de talents. En regard de ces concours abrutissants et meurtriers, nous avions indiqué d'un trait l'immense labeur effectif de nos voisins d'outre-Rhin. Pendant que nous dépensons brillamment nos richesses dans des parades éblouissantes, nos rivaux travaillent sans bruit, sans mise en scène, et nous étonnent par la grandeur des résultats obtenus. Le concours d'agrégation a pu répondre aux besoins d'une autre époque; il est aujourd'hui suranné, et loin d'assurer à notre enseignement supérieur la première place qu'il occupait jadis, il est l'instrument et la marque de sa déchéance.

Cette déclaration de principes faite, nous n'espérons pas supprimer d'un coup et sans luttes opiniâtres un obstacle de cette importance. Nous voulons d'abord l'entamer, le diminuer, le rendre moins réfractaire au progrès.

Notre premier article nous a attiré quelques observations et quelques critiques auxquelles nous devons répondre, car elles émanent d'hommes devant l'autorité et la compétence desquels nous avons l'habitude de nous incliner. De toutes les épreuves du concours d'agrégation en médecine, la thèse *actuelle* nous a semblé la plus funeste, la plus inutile, la plus abusive à tous les points de vue. On nous a objecté que l'argumentation de la thèse qui couronne toutes les épreuves, pouvait avoir une importance quelquefois décisive. Il est bien vrai qu'un candidat hors ligne, qui n'a pas pu se plier aisément à la gymnastique des leçons de trois quarts d'heure et d'une heure, pourra, dans une lutte corps à corps avec un adversaire plus brillant que solide, montrer à tous les yeux la supériorité de son talent et de son savoir. Nous admettons la possibilité de ce revirement et de cette victoire de la dernière heure; dans quelques cas exceptionnels, l'argumentation de la thèse a pu servir de critérium. Mais depuis longtemps déjà cette épreuve a perdu, aux yeux des juges comme aux yeux des candidats, toute valeur et toute signification. C'est une pure formalité à laquelle personne n'attache la moindre importance ; d'avance les candidats conviennent entre eux du terrain de manœuvres sur lequel ils se rencontreront ; loyalement ils conviennent des coups qu'ils doivent porter et recevoir. Donc, si l'épreuve de

(1). *Progrès médical*, 19 sept. 1885.

l'argumentation a eu jadis sa valeur, en fait, elle est depuis longtemps complètement annulée par le commun accord des candidats et des juges. S'il en est ainsi, n'avions-nous pas deux fois raison de demander purement et simplement la suppression de la thèse d'agrégation? En second lieu, nous avions avoué ne pas comprendre du tout l'utilité de la première épreuve (*Anatomie et physiologie*) et nous avions proposé son remplacement, si l'on ne veut pas sa suppression, par une question de pathologie ou d'anatomie pathologique. Sur ce point, nous ne rencontrerons pas beaucoup de contradicteurs. Cette première épreuve n'a pas sa raison d'être; elle fait perdre aux candidats un temps précieux en les obligeant à rabâcher un programme d'anatomie et de physiologie, qui ne laisse dans leur mémoire surmenée que des notions vagues et des aperçus fantaisistes. Pour s'en convaincre, il suffira à nos lecteurs d'aller s'asseoir sur les bancs du grand amphithéâtre de l'Ecole les jours consacrés à la lecture de la composition écrite. Bénéfice net de cette épreuve : six mois de préparation perdus à repasser une anatomie et une physiologie spéciales à l'usage des candidats à l'agrégation; quinze jours de lecture perdus pour les juges, les candidats et les auditeurs. Conclusion : tout le monde gagnerait à la suppression de cette épreuve.

Enfin, il ne faut pas se le dissimuler plus longtemps, la multiplicité des épreuves est écrasante pour des candidats déjà épuisés par un long entraînement. Ces trois ou quatre mois d'épreuves et d'émotions consument les plus laborieux et les plus brillants des médecins de nos écoles. Tous en sortent affaiblis et malades; quelques-uns en meurent. Et cependant, nous sommes à la Faculté de médecine de Paris; les juges sont de grands médecins; ils siègent dans un amphithéâtre où l'hygiène est enseignée!

Il faut donc, dans l'intérêt de tous, renoncer à la multiplicité des épreuves en attendant leur suppression complète. Comment s'y prendre alors pour recruter les agrégés dont la Faculté a besoin? En premier lieu, il faut que cette phrase affichée partout (*les candidats déposeront leurs titres*) ne soit plus une vaine formule. Il est juste que les écrits des candidats soient appréciés suivant leur importance et leur valeur; il est juste qu'on tienne compte des services que les candidats ont pu rendre, de l'enseignement qu'ils ont pu donner, etc. On a, jusqu'à présent, trop négligé ces éléments d'évaluation et de classement. Puisque les élus sont destinés à l'enseignement, au professorat, ne les jugez pas seulement sur une ou deux leçons faites dans des conditions particulièrement émouvantes, devant des juges redoutés, des rivaux acharnés, des auditeurs inconnus et tumultueux. On sait que la plupart des candidats à l'agrégation se préparent au concours et à l'enseignement par des leçons publiques faites en général dans les amphithéâtres de l'Ecole pratique. Il serait bon que la Faculté ne se désintéressât pas complètement de ces cours libres; elle devrait s'enquérir des qualités déployées par les jeunes maîtres, des succès divers qu'ils obtiennent. M. le Doyen pourrait, s'il le voulait, se renseigner aisément sur la valeur et sur les mérites de chacun; une enquête impartiale et sûre servirait plus tard de base aux appréciations d'un jury qui comprendrait largement son devoir et qui aurait souci de l'avenir de la Faculté et de la grandeur de la science française.

Nous n'ignorons pas les difficultés et les écueils d'une enquête qui exige un jugement intègre et un tact parfait. Voilà pourquoi le chef officiel de la Faculté, le Doyen, nous paraît surtout qualifié pour l'accomplir. Le jour où l'on sera décidé à entrer dans cette voie, c'est-à-dire à priser par-dessus tout les titres scientifiques des candidats (travaux et enseignement), le concours pourra disparaître. A mesure qu'on supprimera les épreuves ou qu'on en diminuera seulement le nombre et l'importance, on sera bien obligé de chercher en dehors et au-dessus du concours les éléments d'une bonne appréciation. En attendant que les ministres et leurs conseils veuillent bien supprimer d'un trait de plume ces épreuves maudites, il appartient aux amis du progrès qui ont l'honneur d'être juges d'orienter leur ligne de conduite sur la seule base qui permette de faire des choix éclairés.

C'est au nom de l'enseignement, au nom de l'hygiène, au nom de la justice, que nous demandons encore une fois la réforme des concours d'agrégation en médecine.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 23 novembre 1885. — Présidence de M. Jurieu de la Gravière.

M. Vulpian lit un mémoire *sur les fonctions du nerf de Wrisberg*, considéré comme racine sensitive du facial. Le nerf de Wrisberg, dont la corde du tympan est une provenance, est à la fois nerf de sensibilité générale et de sensibilité gustative, nerf excito-sécréteur, nerf vaso-dilatateur. M. Vulpian est en mesure de montrer : 1° que son intervention, comme nerf vaso-dilatateur, ne se confine pas dans la glande sous-maxillaire et dans la membrane muqueuse de la langue, mais qu'elle s'étend au voile du palais ; 2° qu'il préside, en grande partie tout au moins, à la sensibilité gustative de ce voile, par l'intermédiaire du grand nerf pétreux superficiel.

M. Germain Sée communique les résultats de ses recherches cliniques sur le *sulfate de spartéine*, dérivé d'un alcaloïde qui se trouve dans un genêt appelé *spartium scoparium*. Le premier effet de l'ingestion de cette substance, c'est le relèvement du cœur et du pouls ; sous ce rapport, le nouveau médicament a une action plus marquée, plus prompte et plus durable que celle de la digitale et de la convallarriarine. Le deuxième effet, c'est la régularisation immédiate du rythme cardiaque troublé ; le troisième résultat, c'est l'accélération des battements qui rapproche la spartéine de la belladone. Le sulfate de spartéine semble donc indiqué chaque fois que le myocarde a fléchi, que le pouls est faible, irrégulier, arythmique.

M. Vignal a étudié la *circulation dans les cellules ganglionnaires* pour vérifier l'explication qu'en a donnée M. Adam Kiewicz dans une des dernières séances de l'académie. M. Vignal nie absolument l'existence du sinus péricellulaire et du sinus veineux intracellulaire : il croit que cette apparence est due à des extravasations de la masse injectée.

M. Parinaud adresse à M. Charpentier une nouvelle réplique à propos *des fonctions des éléments rétiniens*.

P. L.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 28 novembre 1885. — Présidence de M. d'Arsonval.

M. Gréhant a fait des recherches sur le protoxyde d'azote desquelles il résulte que ce gaz n'est pas un anesthésique mais un asphyxiant. Chez la femme grosse, il produit l'avortement ; chez la jeune fille, il arrête la menstruation ; chez certains névropathes, il ramène les accès épileptiformes ; chez les diabétiques, il favorise la réapparition du sucre : il est donc urgent d'en proscrire complètement l'usage.

M. Mégnin qui a observé la gale chez le buffle de l'Inde, a vu qu'elle était causée par un parasite assez rare, l'aclongirostris. Il présente également une note de M. Froment sur un helminthe de l'ossifraga gigantea.

M. R. Blanchard présente une note de M. Debierre sur une anomalie dans la distribution du nerf radial ; et une deuxième note du même auteur de laquelle il résulte que le manganèse ralentit la dénutrition et favorise la formation globulaire.

M. Blanchard communique en outre le résultat de ses recherches sur l'anémie des mineurs, observée en Hongrie. Partisan de la théorie qui attribue cette anémie à la présence dans l'intestin de l'anchylostome duodénal, il fait observer qu'on n'a pas observé cette anémie dans les mines de sel de Wiecpliza ; la saturation des eaux mettant obstacle au développement du parasite. Jamais non plus on n'observa l'anchylostome dans les mines d'or de Chemnitz, ce qui tient à ce que ces eaux d'infiltration traversent une couche de marcassite ou bisulfure de fer dont elles se saturent. L'acide sulfurique joue ici le rôle du sel. A Chemnitz, les conditions géologiques ne sont plus les mêmes, l'anchylostome existe, mais M. le Dr Toddt, médecin des mines, a pu en atténuer considérablement les effets en obligeant les mineurs, sous peine d'amendes très sévères, à déféquer dans des endroits toujours les mêmes et sans cesse lavés par l'eau d'infiltration captée dans des rigoles couvertes.

M. Dupuy fait une communication sur la sensibilité du cervelet et sur la possibilité d'obtenir en l'excitant des mouvements analogues à ceux qu'on obtient en excitant les centres dits musculaires.

L'auteur a vu, en outre, qu'en injectant de l'eau dans l'artère nourricière d'un muscle, on produisait la contraction de celui-ci, même lorsque le muscle avait été complètement lavé de tout le sang qu'il contenait.

Il s'engage, à propos de la première communication de M. Dupuy, une discussion dans laquelle M. Franck annonce qu'il a souvent constaté des accès épileptiformes en excitant le cervelet. M. d'Arsonval ajoute que la substance nerveuse est un très bon corps isolant pour l'électricité, mais que les artères qui la traversent favorisent sa diffusion.

M. Hénocque, en admettant même cette diffusion, demande pourquoi les effets se produisent toujours du côté opposé à l'excitation.

M. Grimaud lit le discours qu'il a prononcé aux obsèques de M. Rabuteau.

M. Hénocque montre des photographies de sang obtenues à l'aide d'un procédé qui lui est particulier.

M. d'Arsonval décrit une modification spéciale au moyen de laquelle on peut enregistrer avec toutes les balances les variations de poids du corps d'un animal au-dessous même d'un décigramme.

M. Œchsner de Coninck a fait une étude complète de la spartéine. Il a préparé les combinaisons de cet alcaloïde avec les iodures alcooliques, qu'il a comparés aux iodures de la série pyridique et quinoïdique. Il a découvert ainsi plusieurs corps nouveaux, et, grâce à un procédé de préparation qu'il décrit, il les a obtenus parfaitement cristallisés. Il dissout dans une eau légèrement acidulée tous ces sels doubles, fait bouillir et évaporer, et obtient ainsi les cristaux. L'action de la solution d'iode sur la spartéine lui a démontré que cette substance était l'homologue de la nicotine. Il termine son importante communication en discutant les divers procédés de préparation, ainsi que la constitution atomique et la formule de la spartéine.

Gilles de la Tourette.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 1er décembre 1885. — Présidence de M. Bergeron.

M. le Président annonce à l'Académie la perte cruelle qu'elle vient de faire en la personne d'un de ses membres les plus éminents, M. Henri Bouley, et lève la séance en signe de deuil.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 13 février 1885. — Présidence de M. Cornil.

21. Rapport sur la candidature de A. Marfan, au titre de membre-adjoint ; par le Dr Brault, médecin des hôpitaux.

M. A. Marfan, qui sollicite aujourd'hui vos suffrages, a fait en 1882 sa première communication à la Société anatomique : il présentait un volumineux molluscum lobulé de la grande lèvre : il accompagnait sa présentation de coupes de la tumeur, montrant qu'au point de vue histologique elle était formée par du tissu fibreux pur. Depuis, M. Marfan a présenté à la Société anatomique un certain nombre d'observations dont la plupart étaient accompagnées d'examen histologique. Parmi ces observations, il en est une sur laquelle j'attirerai plus particulièrement votre attention.

Il s'agissait d'une parturiente morte éclamptique, et chez laquelle l'excrétion urinaire avait été pendant les derniers jours de la vie réduite à 4 ou 5 grammes d'urine fort chargée d'albumine. Les reins de cette malade étaient gros, surtout le droit ; la capsule se décortiquait très facilement. A la coupe, on constatait, à l'union de la substance corticale avec la substance médullaire, de petites cavités remplies, les unes de sang, les autres d'une boue puriforme. Chose bien digne d'être notée, l'uretère droit dans sa partie supérieure, les calices et les bassinets du même côté étaient manifestement dilatés. Cette particularité avait déjà fait penser qu'il pouvait bien s'agir de lésions rénales sous la dépendance d'une compression de l'uretère : c'est ce que l'examen microscopique est venu confirmer. En effet, la lésion principale semblait être l'aplatissement, l'atrophie des épithéliums sécréteurs ; en outre, on constatait autour des tubes urinifères un très léger degré de sclérose. Cette observation vient donc à l'appui de ceux qui pensent que, parmi les éclampsies puerpérales, il en est qui sont dues à une lésion rénale causée par la compression de l'uretère.

Parmi les autres communications de M. A. Marfan, je vous signalerai encore les deux suivantes : 1° Une observation d'hémorrhagie sous-méningée dans la région de la deuxième circonvolution frontale droite, le malade avait présenté pendant sa vie et du côté gauche des phénomènes convulsifs et de l'hémiplégie. Cette communication a donné lieu à une intéressante discussion touchant les localisations cérébrales. — 2° Un cas d'obstruction intestinale chez un vieillard, à qui M. Kirmisson avait pratiqué un anus contre nature. Le malade vécut trois semaines, et à l'autopsie on constata une petite bride péritonéale unissant les deux bouts d'une anse intestinale et les croisant l'un sur l'autre. L'examen microscopique montra que l'intestin, au niveau du bout supérieur de l'anse étranglée, était atteint d'une inflammation chronique très accusée.

Elections. — MM. Largeau, ancien interne des hôpitaux, et Barry sont nommés membres correspondants.

Séance du 20 février 1885. — Présidence de M. Cornil.

22 M. Farabeuf présente une *anomalie intestinale* trouvée sur un homme de 50 ans, et qu'il pense propre à démontrer la réalité de la théorie qu'il a depuis longtemps

émise pour expliquer le mouvement de torsion que subissent les anses intestinales. Chez cet individu, on retrouve l'intestin à la phase d'évolution qui correspond au deuxième mois de la vie intra-utérine : l'intestin grêle ne subit pas le mouvement de torsion dans sa partie duodénale, qui le fait normalement passer derrière les artères mésentériques ; il n'y a pas de côlon ascendant, transverse ni descendant, tout le gros intestin reste en paquet à la partie inférieure de la cavité abdominale.

23. M. Hallé présente des pièces provenant d'une malade morte 42 heures après l'opération de la *thyroïdectomie.* Elle était affectée d'un goitre qui semblait formé de deux lobes seulement : l'un médian, l'autre gauche et supérieur. L'opération s'est bien passée ; mais le lendemain la température s'élevait et la mort survenait rapidement, sans troubles fonctionnels.

A l'autopsie, on trouve un lobe droit de la tumeur caché profondément ; mais on ne voit aucune lésion susceptible d'avoir amené une mort aussi rapide.

24. M. Hallé présente un cas de *généralisation de sarcome.* Il s'agit d'une femme de 58 ans qui, huit ans auparavant, a présenté un petit nodule dur dans le sein ; l'année suivante, une tumeur thyroïdienne ; ces deux tumeurs restent stationnaires pendant sept ans. En juillet dernier, il se produit de l'exophthalmie avec perte totale de la vue, et une tumeur pulsatile saillante à la région temporale ; puis une autre tumeur au grand trochanter, une autre à l'acromion ; enfin, survient une hémiplégie gauche complète, puis la mort.

A l'autopsie, on trouve une tumeur sarcomateuse du pariétal occupant la voûte de l'orbite, englobant le nerf optique. Cette tumeur déprime la face externe du lobe frontal de l'hémisphère droit. Un noyau de même nature occupe le rachis dorsal, détruisant deux corps vertébraux et refoulant la moelle.

M. Kirmisson ne croit pas que le nodule du sein puisse être regardé comme le point de départ de cette généralisation ; il est resté stationnaire pendant plus de huit ans, présente la consistance et l'aspect d'un fibrome : ce ne sont pas là les caractères d'un sarcome. C'est le corps thyroïde qui semble être ce point de départ.

25. Sarcome sous-périostique et médullaire ossifiant ; par M. Hamonic, interne des hôpitaux.

Le nommé Scet...., Henry, âgé de 33 ans, ajusteur mécanicien, a toujours joui d'une bonne santé. Son père est mort, il y a un an, d'un *cancer de l'estomac.* Mère, frères et sœurs bien portants. En 1871, de mars à juillet, il a été atteint d'un rhumatisme articulaire aigu généralisé. Le début de l'affection actuelle remonte à un an. Elle s'est annoncée par des douleurs intermittentes, assez vives, exagérées par les mouvements et simulant assez bien le rhumatisme. En même temps, l'articulation du genou se tuméfiait à gauche. Pendant trois mois, les symptômes furent diffus, mal caractérisés, et le malade fut traité par des frictions stimulantes et des révulsifs (teinture d'iode). — Au bout de cinq mois environ, la maladie se localisa au niveau du condyle externe du fémur gauche, qui devient le siège d'une douleur locale très accusée. Puis tout à coup, en l'espace de trois jours, nous dit le malade, la tuméfaction envahit la totalité de l'extrémité inférieure du fémur, sans qu'aucune cause traumatique ait été le point de départ de cette sorte de poussée suraiguë. L'état général était excellent à cette époque. Les douleurs devinrent très vives, et intolérables pendant la nuit. Elles ne s'irradiaient pas, et occupaient exclusivement la région du genou, ayant leur maximum d'intensité au niveau du condyle externe du fémur. On soumit le malade au sirop de Gibert, aux frictions mercurielles, sans obtenir la moindre amélioration.

Le malade se décida enfin à entrer à l'hopital Beaujon le 8 janvier 1884, dans le service de M. Tillaux.

Etat actuel. — La moitié inférieure de la cuisse gauche est tuméfiée régulièrement. La limite supérieure de la tumeur s'arrête nettement. L'inférieure se confond avec l'articulation. La tumeur se prolonge jusqu'au tiers inférieur de la cuisse. Elle est singulièrement arrondie en avant et en dedans, et est absolument confondue avec le fémur. Sa consistance est dure, osseuse. La circonférence de la cuisse mesurée au niveau de la tumeur offre 5 centimètres de plus que dans le point correspondant du côté droit. Le malade affirme que la tuméfaction a diminué un peu depuis quelques jours. On ne sent aucun point ramolli ou fluctuant. Les téguments sont normaux. Veines dilatées sensiblement. — Muscles atrophiés et surtout le triceps.

Le genou est le siège d'un léger épanchement. Les mouvements imprimés à cette jointure sont possibles, quoiqu'un peu plus difficiles que du côté sain, et absolument indolores. Un ganglion inguinal d'une *dureté pierreuse* à gauche. Pas de douleur provoquée par la pression du ganglion ou de la tumenr. Cependant, si on comprime un peu fortement le condyle externe à sa partie supérieure, le malade accuse de la souffrance. Le facies du malade est amaigri, pâle. Cependant, l'appétit est bon et les forces assez bien conservées. — Poumons et cœur normaux. — Démarche lente et pénible. Le malade, en effet, a de la difficulté à mettre sa jambe gauche dans une extension complète.

M. Tillaux porte le diagnostic d'ostéo-sarcome du fémur et n'hésite pas à proposer l'amputation de la cuisse au malade. Cependant, avant d'opérer, il tente encore le traitement antisyphilitique pendant quinze jours environ (iodure de potassium et frictions mercurielles). Aucun résultat n'étant obtenu et l'état s'aggravant sensiblement par l'extension progressive de la tumeur, M. Tillaux pratique l'amputation le 1er mars 1884.

Amputation au tiers moyen, avec lambeaux antérieurs. Extirpation, à l'aide d'une petite incision, du ganglion inguinal ossifié. Bande d'Esmarch. Chloroforme. Réunion par première intention. Pansement de Lister.

Levée du pansement le 3 mars. Pas de suppuration.

Le 7 mars, on enlève les points de suture.

Le 10 mars, nouveau pansement. Un peu de suppuration au niveau de la plaie inguinale.

Le 3 avril, la cicatrisation est complète, et le malade est dans un état excellent.

Cependant, l'extrémité de l'os amputé est tuméfiée et inspire quelques inquiétudes. On craint une récidive sur place.

Le 16 mai, le moignon est superbe et le malade, complètement guéri, peut quitter l'hôpital sans que rien fasse craindre une récidive quelconque.

Nous avons revu le malade quatre mois après son opération et il continuait à jouir de la plus parfaite santé, se servant très bien de son moignon. Ajoutons en terminant que la température qui, avant l'opération, était au-dessus de 38° tous les soirs, montait à 40° le soir même de l'amputation, et descendait progressivement à 37, avec une régularité parfaite. Elle atteignait ce degré le sixième jour et s'y maintenait jusqu'à la guérison, sauf quelques oscillations de 4 à 6 dixièmes.

La pièce, que nous avons eu l'honneur de soumettre à la Société anatomique, présentait les particularités suivantes : Le périoste qui entourait la tumeur était atteint de sarcome diffus, à petites cellules, avec ilots d'infiltration calcaire, sans trace d'ossification véritable. La tumeur entourait l'os comme un manchon, diminuant de plus en plus de volume à mesure qu'elle devenait plus supérieure. L'articulation du genou était absolument intacte. Le tissu de la tumeur était complètement dur et le microscope permettait de constater, après décalcification, qu'il s'agissait là d'un sarcome incrusté de sels (sarcome sous-périostique ossifiant).

Le canal médullaire était rempli par une masse morbide présentant les mêmes caractères microscopiques et macroscopiques que la tumeur sous-périostée. C'était encore

du sarcome à petites cellules incrusté de sels calcaires. Détail intéressant, la substance compacte de l'os était absolument intacte ou légèrement condensée (ostéite condensante), de sorte que la tumeur contenue dans le canal médullaire ne se continuait en aucune façon avec la tumeur sous-périostique. A cause de leur similitude, il est permis de supposer que ces deux tumeurs intra et extra osseuse se sont développées aux dépens des mêmes éléments (cellules sous-périostées et intra-médullaires). Le ganglion lymphatique, dur comme de l'os, a présenté à l'examen microscopique une infiltration calcaire de ses éléments constitutifs, avec dégénérescence sarcomateuse en plusieurs points. Ajoutons enfin qu'il existait, au niveau de la tumeur osseuse, entre elle et le périoste, un petit foyer de myxo-sarcome non infiltré.

26. Ulcération de l'aorte dans une ancienne caverne tuberculeuse. — Formation d'une poche sanguine —. Hémoptysies mortelles; par M. Morel-Lavallée, interne des hôpitaux.

Le nommé Ch..., arrive le 26 janvier soir, salle Saint-Jérôme, service de M. Siredey. Il est très faible et peut à peine se tenir sur les jambes. Quatre jours auparavant, dit-il, il s'est mis à tousser pendant son déjeuner, et a « vomi deux litres de sang, » après quoi il s'est trouvé mal. S'est-il agi là d'une hématémèse ou d'une hémoptysie, impossible de le savoir au juste quant à présent : l'homme est un vieillard de 60 ans, ni cachectique ni trop maigre, et qui, du reste, dit n'avoir jamais été malade avant l'hémorrhagie qui vient de le surprendre en pleine santé apparente. Il est seulement très pâle. et faible à ne pouvoir se tenir debout. Le thorax n'est pas déformé, la sonorité et la respiration paraissent normales ; toutefois il semble que la base du poumon gauche respire peu et soit peu élastique. Rien au cœur; le 1er temps traîne peut-être un peu. Les radiales sont flexueuses et dures. — Pas de tumeur épigastrique, au reste le malade n'a jamais présenté de troubles digestifs.

Le lendemain matin, on voit que le malade a rendu environ 200 gr. de sang assez rouge, non spumeux. — A la base du poumon gauche, il semble qu'on entend aux deux temps de la respiratiou quelques râles sous-crépitants très fins éloignés.

Du 27 au 30, le malade (ventousé, soumis au repos absolu, à la glace, et aux piqûres d'ergotine) rend par expuition de petits crachats sanglants, noirâtres, sans odeur. En présence de quelle affection sommes-nous? D'abord, il y a bien eu hémoptysie; mais de quelle origine? — Le malade n'est pas tuberculeux ; il n'y a pas de lésion cardiaque appréciable ; il est athéromateux, voilà tout. S'est-il agi là de quelque hémorrhagie fluxionnaire, comme chez les arthritiques. et d'un pronostic bénin? — Mais le malade n'est ni rhumatisant ni hémorrhoïdaire. — M. Siredey exprime l'idée qu'il faut toujours se méfier des hémoptysies survenant chez les sujets âgés, et, bien que n'en trouvant pas ici la cause, il formule un pronostic réservé et grave peut-être à brève échéance, pensant à une lésion, peut-être à une grosse lésion du système vasculaire intra-thoracique.

Les jours suivants, continuation de l'expectoration fractionnée, noirâtre, sans odeur; le malade reprend; sans doute qu'il achève de vider un foyer d'hémorrhagie pulmonaire ; fait rendu d'autant plus vraisemblable qu'à présent (9e jour de séjour à l'hôpital) on entend à la base gauche, submate, un certain nombre de râles pleuro-pulmonaires assez fins.

Cependant, deux jours plus tard, l'expectoration sanglante. toujours peu abondante, devient rouge et spumeuse.

Le 15e jour, à 4 heures du matin, le malade a une hémoptysie formidable ; à 8 heures, au moment de la visite, une hémoptysie foudroyante l'emporte sous nos yeux.

Autopsie. — Au niveau des 2e et 3e espaces intercostaux gauches, le long du sternum, une épaisse languette du poumon gauche recouvre une poche blanchâtre, grosse comme une mandarine, et qui fait l'effet d'une poche anévrysmale appendue à la portion ascendante de l'aorte. Le *cœur* n'est pas hypertrophié, on ouvre le ventricule gauche et l'aorte ; la mitrale est fonctionnellement intacte, la grande valve présente quelques taches jaunâtres mamelonnées ; de même pour les sigmoïdes, qui sont suffisantes, au-dessus d'elles l'aorte est criblée, pavée de plaques athéromateuses et crétacées ; à mesure qu'on monte, on la voit hérissée de lamelles crétacées très minces que l'ongle soulève aux trois quarts et qui ne demandent qu'à se détacher (cependant le malade n'a eu aucune embolie). Le même pavage pierreux existe, à leurs origines, dans les artères brachio-céphalique, carotide et sous-clavière gauche. L'aorte dorsale est rigide dans les deux tiers de sa circonférence sur une hauteur de 6 à 7 centimètres. La paroi gauche de l'aorte ascendante présente un orifice dur, non crayeux, qui admet le bout du petit doigt. On le coupe sur la sonde cannelée, qui pénètre dans la poche dont nous avons parlé. Celle-ci est pleine de caillots noirâtres, mous ; on les enlève et on arrive sur la paroi d'apparence conjonctivo-fibrineuse. En tirant sur celle-ci, on provoque un déchirement qui nous montre le tissu pulmonaire adjacent, verdâtre, non fibroïde, contenant un peu de sang coagulé.

Les grosses bronches étaient encore colorées par un peu de sang rouge spumeux: *nulle part le poumon ne renfermait d'infarctus ni même d'ecchymoses.* C'étaient les lésions de la broncho-pneumonie à divers degrés. Près d'une des grosses bronches gauches se trouvait un ganglion caséeux, seule trace apparente d'une tuberculisation ancienne et restée locale, — réserve faite de la nature de la broncho-pneumonie. Nous étions donc en présence, ou du moins nous le crûmes, d'un anévrysme de l'aorte, resté latent vu l'épaisseur de la lame pulmonaire qui le recouvrait, vu sans doute aussi la coagulation, déjà ancienne, dans une partie du sac. C'est donc comme un anévrysme aortique que nous présentâmes à la Société anatomique cette pièce, dont la dissection avait à peine été ébauchée, de peur de la détériorer. Elle fut même discutée comme telle. Mais en l'examinant de plus près au laboratoire de l'Ecole pratique, M. Gombault nous fit observer plusieurs particularités; d'abord la soi-disant poche anévrysmale n'était pas de nature conjonctive, mais uniquement formée de fibrine, qui se dissociait par la traction. Ensuite la cavité qu'elle paraissait s'être creusée dans le poumon, à paroi verdâtre, irrégulière, parcourue par des tractus inégaux, rappelait l'aspect d'une caverne tuberculeuse, nettoyée, il est vrai, de toutes granulations ou débris de tubercules. Il devait dès lors s'être agi d'une caverne tuberculeuse ayant ulcéré l'aorte. Nous nous rappelâmes alors l'absence de *caillots actifs* à l'autopsie; la présence du ganglion caséeux sous-bronchique ; nous vîmes que le tissu pulmonaire adjacent à la poche n'était pas de la dureté scléreuse que revêt le parenchyme chroniquement irrité par une tumeur. Nous n'avions donc pas eu affaire à un anévrysme véritable.

Mais le mécanisme de la lésion ne nous semble pas encore bien établi; en effet: 1° Si c'est une lésion tuberculeuse qui a ulcéré l'aorte, elle n'a pu le faire qu'à condition que le processus de ramollissement et d'ulcération fût en activité; or, s'il en eût été ainsi, cette caverne eût été remplie de détritus tuberculeux qu'on eût retrouvés à l'autopsie ; — la poche ne contenait que des caillots; 2° le tissu pulmonaire adjacent eût contenu du tubercule infiltré ou en gros noyau ; — il n'en était rien : 3° L'ulcération de l'aorte eût dû être fissurique, irrégulière, ou taillée à l'emporte-pièce ; — l'orifice de communication était large, circulaire, froncé.

M. Siredey incline à penser qu'il y a eu, sinon anévrysme, du moins, ulcération de l'aorte, du fait d'altération primitive de la paroi vasculaire. Cette hypothèse est rendue assez vraisemblable par le degré avancé des lésions athéromateuses. Il y aurait donc eu endo et méso-aortite, au-devant de laquelle aurait été la périartérite développée localement au point d'adhérence du vaisseau avec la paroi de la caverne. De plus, il est évident que l'hémorrhagie

s'est faite d'abord lentement, sans quoi elle eût été mortelle immédiatement; l'ulcération aortique a donc dû être plus étroite au début, outre que les bronches aboutissant à la cavité pulmonaire devaient être oblitérées, ce qui a permis au sang de stagner dans la poche et de s'y déposer en partie sous forme d'une couche fibrineuse. C'est donc de la poche, constituée en *anévrysme faux consécutif* circonscrit, que s'est effectuée ultérieurement, au moins la dernière hémorrhagie, celle qui a tué le malade. Faisons remarquer en terminant, au point de vue clinique, l'appareil symptomatique trompeur d'un infarctus pulmonaire dans le poumon gauche, lequel infarctus n'existait pas à l'autopsie.

27. Sarcome alvéolaire, ayant débuté par la gaine du tendon extenseur du médius; par M. M. Denucé, interne des hôpitaux.

Le nommé M.., François-Xavier, marchand de vin, âgé de 25 ans, entre le 9 février 1885 à l'hôpital de la Pitié, service de M. le prof. Verneuil, salle Michon, lit n° 48. Sa mère était rhumatisante Il porte des traces de scrofule, une cicatrice d'adénite sous-maxilaire, dont il a été atteint vers l'âge de 5 ans, et qui a suppuré six mois environ. Il n'y a aucun autre antécédent héréditaire ou personnel à relever. Au mois d'avril 1882, il était infirmier à la 20e section, à Oran. Il reçut, en jouant avec un de ses camarades, un coup de règle; l'angle de l'instrument porta sur le tendon entenseur du médius de la main gauche, un peu au-dessous de l'articulation métacarpo-phalangienne. Huit jours après, il constata la présence en ce point d'une petite tumeur. Cette tumeur avait le volume d'une lentille: elle était mobile avec le tendon. La peau, un peu rouge, ne lui adhérait pas. L'indolence était complète. Ce petit nodus grossit très lentement. En juin 1884, son volume atteignait celui d'une noisette. Sa présence n'éveillait aucune douleur et gênait si peu les mouvements que le malade avait pu continuer à jouer du violon. Au moment de quitter le service, il résolut de se faire opérer, et entra à l'hôpital militaire d'Oran. M. le Dr Massoutier, médecin principal de 2e classe, pratiqua l'ablation de la tumeur, sans sectionner le tendon, qu'il se contenta de gratter. Les suites de l'opération furent très simples: la réunion se fit par première intention; au bout de 10 jours, le malade sortait guéri, ayant conservé intactes les fonctions de son tendon.

Un mois après, au commencement d'août 1884, la tumeur réapparut, au même point; elle semblait s'attacher profondément par une base plus large que la première fois. En 15 jours, elle atteignit le volume d'une noix. Le malade consulta un spécialiste (?) qui fit des applications de teinture d'iode. Ces applications déterminèrent l'ulcération de la peau. La tumeur fut mise à nu. Des bourgeons exubérants se montrèrent dans l'ulcération Le malade se mit entre les mains d'un deuxième spécialiste dont la quatrième page des journaux prône la méthode pour la guérison sans opération des tumeurs. Il fut soumis à des applications de pâte caustique renouvelées tous les quinze jours. Au bout de deux mois de ce traitement, très douloureux, il entra à la Pitié dans le service de M. Verneuil. La tumeur occupe sur la main gauche, l'interstice du médius et de l'annulaire. Les extrémités inférieures des 3e et 4e métacarpiens sont écartées de 6 cent. environ. Les doigts vont s'écartant de même. Le néoplasme a le volume d'une grosse orange. Il descend dans l'espace interdigital jusqu'à la phalangette du médius, en dehors, et en dedans jusqu'à la phalangine de l'annulaire. Sur la face palmaire, sa masse rougeâtre mamelonnée, en forme d'œuf, remonte vers l'éminence hypothénar qu'elle recouvre en grande partie; sa base est un peu étranglée; à ce niveau, il existe une bande de peau qui s'ulcère rapidement. Sur la face dorsale, la tumeur également ulcérée est plus volumineuse: d'une couleur verdâtre, elle est formée de gros bourgeons arrondis, serrés les uns contre les autres. Elle recouvre presque toute la face dorsale, s'étendant du 2e au 5e métacarpien, et en haut remontant à un doigt au-dessous de l'articulation radio-carpienne. En soulevant la tumeur, on constate qu'elle est supportée par un pédicule plus étroit, ne remontant guère au delà de la moitié inférieure des métacarpiens, et s'étendant en largeur du 2e au 4e métacarpien. La peau réapparaît au niveau de ce pédicule et recouvre presque ausssitôt ses caractères normaux.

Il est impossible de reconnaître au palper l'état des os et leurs relations avec la tumeur. Celle-ci est le siège de douleurs vives térébrantes, revenant par accès fréquents et irradiant vers l'épaule. Pas de ganglions épitrochléens ou axillaires. Pas de fièvre. L'état général est assez bon. Les urines sont normales. La désarticulation des quatre derniers métacarpiens est pratiquée le 10 février. Les parties molles avoisinant le 1er métacarpien, celles des lambeaux paraissent normales. Depuis l'opération, les douleurs ont cessé: le malade n'a pas eu de fièvre. Son état est très satisfaisant.

Examen de la pièce. Il est inutile de revenir sur ses caractères extérieurs suffisamment décrits dans l'observation. La coupe a montré un tissu d'un rouge brun, très vasculaire contenant de nombreuses cavités assez vastes, rappelant, en un mot, les caractères de ces tumeurs jadis décrites sous le nom de fungus hématodes. La dissection a permis de constater que les os étaient sains. Les têtes des 3e et 4e métacarpiens, disjointes mécaniquement, étaient indépendantes de la tumeur. Celle-ci occupait l'intervalle des deux os dans leur moitié inférieure. En ce point, le périoste était rouge, mais les os avaient conservé leurs caractères normaux. Les tendons fléchisseurs des doigts, refoulés par la tumeur, n'avaient, avec elle, aucune relation intime. Il en était de même pour les tendons extenseurs de l'index et du petit doigt. Sur le tendon extenseur du médius, on a retrouvé un petit nodus fibreux, dû, sans doute, à la première intervention opératoire: mais le tendon était indépendant de la tumeur, et avait conservé sa teinte nacrée. En revanche, le tendon extenseur de l'annulaire, sur une longueur de 3 cent. environ, au niveau et un peu au-dessus de l'articulation, est envahi par le néoplasme, transformé en un tissu mou, rougeâtre; à ce niveau, il est déformé, augmenté de volume, et se continue directement avec le tissu morbide. Il importe de rappeler ici que l'affection a débuté au niveau du tendon du médius.

J'ai pratiqué l'examen histologique de la pièce au laboratoire d'histologie du collège de France. Des fragments fixés par l'alcool, puis plongés dans l'eau gommée ont été soumis à la congélation, coupés, et colorés au picro-carmin. En examinant une de ces coupes à un faible grossissement, on constate que le tissu est formé de cellules ayant des formes et un volume très variable. Ce sont d'abord des éléments embryonnaires en grand nombre, puis des cellules plus volumineuses, arrondies, pourvues de plusieurs gros noyaux, à nucléole bien visible, enfin des cellules à formes très irrégulières, anguleuses, multinucléées, représentant parfaitement les éléments décrits autrefois sous le nom de myéloplaxes. De nombreux vaisseaux sillonnent la coupe. Quelques-uns ont un assez grand diamètre, mais tous sont pourvus de parois embryonnaires ou infiltrées d'éléments sarcomateux. En étudiant l'arrangement des cellules, les unes par rapport aux autres, on constate avec un fort grossissement que ces cellules ne sont pas seulement disposées les unes à côté des autres, ou séparées par une substance amorphe peu abondante, mais qu'il existe un véritable réticulum, rappelant, par sa texture, le tissu adénoïde, et formant de petites alvéoles, dont chacune contient une ou plusieurs cellules, toujours en très petit nombre Ce réticulum est étudié sur une pièce traitée par le pinceau. Dans les points occupés par les vaisseaux, on retrouve un réseau de fibrine, ne ressemblant en aucune façon à celui qui enserre les cellules. Celui-ci prend son point d'appui sur le tissu jeune qui forme la paroi des vaisseaux. De là partent des travées assez grosses, courtes, irrégulières qui, en se divisant et s'anastomosant, constituent, par leurs fines ramifications les petites alvéoles entourant les cellules.

La tumeur ne peut être un lymphadénome. La forme et le volume des cellules sont la preuve du contraire. De plus, le tissu réticulaire est moins fin, plus irrégulier que celui des lymphadénomes. Les points de jonction ne présentent pas de noyaux. Ce reticulum fin, ces petites alvéoles n'appartiennent pas davantage au carcinome. Nous sommes donc en présence d'une de ces tumeurs, mal définies, intermédiaires au sarcome et au carcinome, étudiées par Billroth sous le nom de carcimone réticulaire, par Rindfleisch sous celui de sarcome alvéolaire. Ces tumeurs, avec de petites cellules, sont fréquentes dans le testicule, où d'ailleurs il est difficile de les distinguer du lymphadénome; dans la peau, on les rencontre quelquefois avec de grosses cellules; Rindfleisch a étudié cette disposition alvéolaire dans quelques sarcomes myéloïdes.

Il est intéressant de retrouver cette structure dans une tumeur ayant débuté dans une gaine tendineuse.

Au point de vue clinique, cette observation nous paraît présenter encore quelques points dignes d'attirer l'attention. Son origine traumatique est parfaitement établie. C'est huit jours après le traumatisme qu'elle apparaît. Le malade est très intelligent ; on peut accepter son assertion à ce sujet.

Quant au siège primitif de la tumeur, l'absence de renseignements précis sur l'opération pratiquée à Oran ne permet que des hypothèses. La tumeur suivait les mouvements du tendon. Mais ces mouvements n'étaient alors nullement gênés. L'ablation de la tumeur primitive n'a pas nécessité la résection du tendon. On sait d'autre part combien sont rares les tumeurs primitives des tendons. Enfin la dissection de la pièce a permis de constater que le tendon extenseur du médius, au niveau duquel la première manifestation s'était produite, était, jusqu'à la fin, resté indépendant du tissu néoplasique. Au début, la peau était saine : il ne reste donc que la gaine synoviale tendineuse qui puisse avoir été le siège primitif de la néoformation. C'est à cette conclusion que nous nous arrêterons en effet, la regardant non seulement comme plausible, mais comme absolument conforme à la réalité. Nous ferons encore remarquer la rapide croissance de la tumeur, et sa localisation absolue sans réaction sur l'état général ni même sur les ganglions.

28. M. Netter présente un *moule fibrineux de la trachée, des deux bronches et de leurs premières divisions* rejeté d'un bloc par un malade, tuberculeux avéré, qui a souvent des hémoptysies. Ce moule est constitué par de la fibrine compacte non canaliculée, renfermant des globules blancs, pas de globules rouges. Il semble devoir être formé par une sécrétion de la trachée et des bronches, sur place.

M. Chauffard pense que, si c'est un exsudat, il est difficile d'admettre qu'il n'y a pas de canalicule médian, ou tout au moins de vestige de ce canalicule.

M. Letulle fait observer que les branches de bifurcations sont bien courtes pour représenter les bronches, que ce moule lui semble plutôt provenir d'un seul côté et les divisions représenter les ramifications d'une seule bronche.

31. Rapport sur la candidature de M. Lagrange au titre de membre adjoint; par M. Kirmisson, agrégé de la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

M. Lagrange a fait pendant les années 1881 et 1882 un assez grand nombre de communications à la société anatomique. Les plus intéressantes se rapportent à des tumeurs qu'il a recueillies dans le service de clinique chirurgicale du Val-de-Grâce. Nous ne pouvons insister sur tous ces cas particuliers et nous nous contenterons d'appeler l'attention de la société sur une étude histologique de l'ulcère farcineux chronique faite par M. Lagrange dans le laboratoire du professeur Robin. Le sujet de cette étude était un soldat de 22 ans qui, pansant un cheval morveux, contracta l'affection à laquelle il devait succomber. Le premier accident fut une ulcération du petit doigt qui, quelques mois après, fut suivie de petits abcès situés sur l'avant-bras le long des vaisseaux lymphatiques et devenus rapidement fistuleux. Bientôt la peau se décolle à leur niveau; ils sont remplacés par des ulcérations qui gagnent rapidement en surface et en profondeur. Les topiques les plus divers sont sans influence sur leur marche lente mais continue. Après le tissu cellulaire sous-cutané, les muscles sont intéressés. Plus tard, enfin, le squelette lui-même est attaqué. Ce sont ces ulcérations que M. Lagrange a étudiées. Dans son travail, il a surtout insisté sur la lésion des vaisseaux et sur une série de préparations, il a pu saisir les divers stades du processus inflammatoire dont le dernier terme est la formation du nodule tuberculeux. Des recherches bibliographiques qu'il a faites sur ce sujet, il a été amené à conclure qu'on n'avait jamais décrit de tubercule sans lésions farcino-morveuses de l'homme. Chez le cheval, cette lésion est bien connue ; MM. Trasbot et Cornil dans une note à la société de Biologie (1865) ont décrit les nodules miliaires développés surtout au niveau des petites bronches et placés autour d'elles en forme d'anneau régulier. Dans ces granulations, M. Cornil a constaté de nombreuses fibres de tissu lamineux et élastique formant parfois dans le tissu même du nodule un réseau extrêmement serré. Les noyaux embryonnaires se trouvaient en plus ou moins grand nombre dans ce tissu fasciculé. Ces dispositions générales des éléments anatomiques sont à peu près identiques à celles des tubercules qu'a décrits M. Lagrange. Les nodules affectaient constamment des rapports intimes avec les vaisseaux dont les parois très épaissies présentaient souvent un grand nombre de couches concentriques, fasciculées.

De son travail, l'auteur conclut que l'ulcère farcineux peut renfermer des tubercules, tout en faisant soigneusement remarquer que selon toute vraisemblance le tubercule est ici un produit contingent, accessoire et que la caractéristique véritable de l'affection doit être cherchée dans un virus spécial ou mieux dans un microbe.

33. Dilatation énorme de l'aorte avec deux poches anévrysmales dont l'une ouverte dans la bronche gauche; par M. Poupon, interne des hôpitaux.

Marie Cl..., âgé de 58 ans, ancien officier de cavalerie, qui avant son entrée exerçait le métier de courtier en vins, entre à l'hôpital Laënnec, dans le service de mon excellent maître, M. le professeur Ball, salle Larochefoucauld, lit n° 2. Cet homme était envoyé par le Dr Roussel. Il avait un tel cornage, que ce dernier se demandait s'il n'y aurait pas lieu de faire la trachéotomie. Dans les antécédents de cet homme, l'interrogatoire ne permettait de relever ni rhumatisme, ni syphilis, mais l'éthylisme était avéré, et à cet égard les aveux du malade n'étaient pas douteux. Cl... se plaignait d'une oppression considérable avec cornage et accès de dyspnée. Pas de palpitations; un peu de toux, aucun trouble gastrique. L'examen du thorax montrait de la matité allant jusqu'à trois travers de doigt à droite du sternum et un centre de battements au niveau du troisième espace intercostal du côté droit, à 4 centimètres du sternum. On percevait un double claquement à ce niveau, sans traces de bruit de souffle.

Le pouls décèle un retard et un affaiblissement des pulsations. Respiration humée, avec expiration prolongée des emphysémateux. Pas de phénomènes de compression. Aucun point du thorax ne présente de matité. On porte le diagnostic d'anévrysme de la portion ascendante de l'aorte. On ordonne : iodure de potassium, 3 grammes; puis, les accès et le cornage augmentant, on fait des injections de morphine, et le malade meurt le 13 mars 1884, en expectorant des flots de sang.

Autopsie. — Cœur gauche un peu augmenté de volume. Hypertrophie incontestable des fibres musculaires du cœur. Les valvules sigmoïdes de l'aorte sont légèrement insuffisantes. Valvule mitrale athéromateuse. Rien à noter

dans le cœur droit. — *Aorte*. Le diamètre de l'aorte est fortement augmenté de volume, et voici les principales dimensions de ce gros vaisseau : 10 cent. 1/2 au niveau des valvules; à 7 cent. des valvules sigmoïdes, 18 cent. A 10 cent. des valvules sigmoïdes, l'aorte offre une dimension transversale de 14 cent. A ce niveau, on trouve deux poches pleines de caillots noirâtres. Ces deux poches ont l'une une étendue de 3 cent. 1/2, l'autre une étendue de 3 cent. La paroi de la poche est athéromateuse, calcaire même en certains endroits. La poche la plus éloignée des valvules sigmoïdes communique avec la bronche gauche par deux pertuis : l'un gros comme une lentille et l'inférieur gros comme une tête d'épingle de blanchisseuse. La poche la plus rapprochée du cœur n'offre aucune ouverture dans les bronches. Cette poche est complètement remplie de caillots noirâtres. L'aorte, au delà de la deuxième poche, a une étendue transversale de 7 cent. Le vaisseau est athéromateux, avec nombreuses plaques calcaires. Sur ses parois, l'épaisseur a notablement augmenté. — Le *foie* présente l'aspect du foie cardiaque. Rien autre à signaler dans les autres organes.

Réflexions. — Voici quel est l'intérêt de cette présentation : 1° L'existence d'un double claquement avec centre de battements et matité sans souffle a permis de faire le diagnostic d'anévrysme de l'aorte, grâce au cornage indiquant nettement une compression bronchique. Ce fait démontre une fois de plus l'importance séméiologique du double claquement sans bruit de souffle comme signe d'un anévrysme de l'aorte, ainsi que l'a si bien fait remarquer M. le professeur Jaccoud; — 2° On voit que le cornage ne s'est montré que lorsque les poches anévrysmales se sont produites et que lui seul a permis de dire qu'il y avait anévrysme et non dilatation aortique, comme le double claquement aurait pu le faire admettre. Aussi ce cas est-il bien fait pour nous montrer combien il y a de difficulté à distinguer les anévrysmes de l'aorte des dilatations aortiques lorsqu'il n'y a aucun symptôme de compression; car ceux-là seuls permettent le diagnostic certain d'anévrysmes de l'aorte qui ne tendent pas à faire saillie à l'extérieur, puisque les signes physiques et l'examen du pouls peuvent être les mêmes dans la dilatation aortique.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 27 novembre 1885. — Présidence de M. Vidal.

A propos du procès-verbal, M. Dumontpallier présente un travail de *Steiner* sur la varicelle. Cet auteur, après avoir fait des inoculations à l'hôpital, en fit en ville, à l'abri de toute cause de contagion. et dans deux familles il réussit ; l'incubation fut de huit jours, sans lésion au point d'inoculation.

M. Damaschino offre à la Société le mémoire récent de Dreyfous sur la *pseudo-paralysie syphilitique ou maladie de Parrot* et M. Vidal un travail de Thierry sur la *dermatite exfoliatrice généralisée.*

M. Troisier présente un *phtisique* âgé de 52 ans avec lésions pulmonaires nettes dont le début remonte à 5 ou 6 ans. Il y a quatorze mois apparut une *monoplégie brachiale* droite ; puis peu après la jambe se prit à son tour et bientôt l'hémiplégie fut complète. Elle disparut progressivement cinq semaines plus tard, en laissant de l'atrophie de ce côté ; la face fut toujours intacte. Cet homme ayant eu une otite moyenne à gauche et présentant un point douloureux à la partie inférieure du pariétal gauche. M. *Troisier* explique les accidents que ce malade a présentés par une plaque de méningite simple, ayant pour point de départ la lésion auriculaire, et, siégeant sur la circonvolution pariétale ascendante.

M. Ducastel rappelle qu'il a présenté l'année dernière une note sur la *méningite du lobule paracentral.* Il cite quelques faits de ce type spécial qui se caractérise au point de vue anatomo-pathologique par la localisation de la lésion dans le lobule paracentral et un peu en dehors et cliniquement par une marche ascendante, la jambe étant atteinte tout d'abord dans sa motricité et parfois d'une façon subite, puis le bras ne se paralysant qu'ultérieurement. Ces accidents peuvent survenir chez des phtisiques avérés ou chez des gens sains en apparence qui meurent ultérieurement et rapidement de phtisie aiguë.

M Féréol présente deux malades fort complexes. L'un d'eux a de l'hémianesthésie gauche complète et sensorielle avec rétrécissement du champ visuel, monoplégie brachiale flasque avec atrophie ; la contractilité étant affaiblie mais normale. Ce sujet a des attaques d'hystérie ; en 1871, il a eu une hémiplégie complète pour avoir couché par terre ; elle disparut après quatre mois. Récemment il a reçu un coup sur la région pariétale gauche, a perdu connaissance et s'est réveillé hémiplégique gauche. La motilité est revenue progressivement dans la jambe ; il n'est plus que monoplégique brachial actuellement, et encore incomplètement, car il peut faire quelques mouvements s'il maintient son bras gauche avec la main droite tout en le regardant. Le second malade est hémianesthésique droit complet également ; mais le membre supérieur de ce côté est considérablement déformé et atrophié, la main est renversée en extension et supination forcées. Ces altérations reconnaissent pour origine un traumatisme grave auquel a été soumis le sujet à l'âge de 4 ans et demi ; il aurait eu alors le bras droit écrasé par une lourde voiture et vraisemblablement il se serait produit à la suite une paralysie radiculaire, par tiraillement du plexus brachial, ce qui expliquerait les déformations observées. Le trapèze et le deltoïde sont peu atteints et pourtant tout mouvement du bras de ce côté est impossible. Du côté des yeux on peut noter des troubles multiples : rétrécissement du champ visuel et polyopsie à droite; dyschromatopsie à gauche ; ptosis double ; paralysies associées intermittentes des muscles des yeux, etc. En somme dans ces deux cas il s'agit bien des sujets hystériques mais qui présentent également des phénomènes surajoutés et d'autre nature.

M. Debove rappelle ses présentations déjà anciennes, la première remonte au mois d'octobre 1879, où il signalait la disparition de la paralysie sous l'influence de l'aimant ou d'agents œsthésiogènes, chez des hommes à la fois hémiplégiques et hémianesthésique. Il n'hésite pas à affirmer qu'il s'agissait là d'hystériques. M. *Debove* présente ensuite un homme âgé de 36 ans jadis bourré d'iodure de potassium pour une paralysie faciale avec monoplégie brachiale, qu'on avait tout naturellement attribuée à la syphilis; le malade a eu un chancre il y a 18 ans et n'était certainement qu'hystérique. Dernièrement, en effet, il a eu à plusieurs reprises de l'hémiplégie avec hémianesthésie que la suggestion suffit à guérir même en dehors de l'état d'hypnotisme. Ce malade permet de réaliser avec la plus grande facilité toutes les formes d'hystérie expérimentale. Devant la Société M. Debove successivement contracture le bras du malade, le rend hémianesthésique, sourd, puis fait tout disparaître simplement par quelques pratiques manuelles, d'ailleurs absolument quelconques et l'affirmation à haute voix, nette et catégorique du résultat à obtenir. M. *Debove* s'élève à ce sujet contre l'objection de simulation qui pourrait être émise et montre qu'il est impossible d'être trompé par un malade qu'on observe pendant des mois et que d'ailleurs bien des procédés tels que graphiques, examen de la vision, excitations violentes de la sensibilité, permettent d'éviter toute erreur.

M. Letulle rapporte deux observations de *cirrhose pigmentaire dans le diabète sucré.* Dans ces cas il a observé de la mélanodermie (une fois seulement), de la cirrhose hypertrophique avec pigmentation du foie, ascite considérable, pigmentation de plusieurs viscères tels que cœur, rate, foie. Dans le foie, il y a accumulation de pigment dans les travées fibreuses et dans les cellules hépatiques ; dans le muscle cardiaque on peut en observer des amas et enfin les capillaires du poumon sont parfois remplis par de vraies embolies pigmentaires. L'auteur pense que l'hémoglobine subit partout une dégénérescence *in situ* et peut donner ainsi naissance à des amas hématiques aussi bien dans les muscles que dans les capillaires viscéraux mais de préférence dans les organes les plus altérés du fait de la maladie : le foie doit donc par suite présenter la plus grande accumulation de pigment. L. Capitan.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 2 décembre 1885. — PRÉSIDENCE DE M. HORTELOUP.

Laparotomie dans les kystes du foie. — M. MONOD rapporte une observation de laparotomie pour un kyste de la face inférieure du foie sur une jeune fillle de 18 ans. L'opération a été faite il y a trois semaines, l'opérée est en bonne voie de guérison. Comme le kyste faisait saillie sous la paroi abdominale, l'incision ne dépassa pas ses limites; le kyste mis à nu fut ponctionné, puis incisé à travers une mince lame de tissu hépatique; puis les parois de la cavité furent suturées aux lèvres de la plaie abdominale. M. Monod partage complètement les idées émises à ce sujet par M. Richelot, dans la précédente séance.

M. TERRIER rappelle qu'il a été le premier à apporter une observation de laparotomie pour kyste de la face inférieure du foie.

Greffe oculaire. M. TERRIER fait un rapport sur une observation de greffe oculaire adressée à la Société par M. Romere. M. Terrier rappelle d'abord les tentatives semblables faites antérieurement par MM. Chibray, Bradford et par lui-même. MM. Chibray et Terrier avaient greffé des yeux de lapin; M. Romere a greffé un œil de chien. Dans les trois cas l'œil se vida, mais deux fois on put obtenir la greffe du bourgeon sclérotical. M. Bradford obtint un résultat parfait qui se maintient encore, à la fin du deuxième mois après l'opération. M. Terrier a fait récemment une deuxième greffe en se conformant au procédé de M. Bradford; le résultat fut satisfaisant jusqu'au 19e jour; alors l'œil se vida complètement dans la nuit et il fallut enlever le moignon sclérotical pour éviter les accidents d'ophthalmie sympathique. M. Terrier analyse dans son rapport ces diverses opérations; il en déduit les règles du manuel opératoire. M. Terrier croit que la greffe oculaire est possible, mais qu'il est encore un peu tôt pour se prononcer sur sa valeur; il est d'avis que les tentatives doivent être continuées.

M. AUFFRAY (Brest) lit un travail sur les *blessures occasionnées par les pétrisseuses mécaniques*.

M. POLAILLON présente un malade auquel il a fait la résection du poignet; tous les os du carpe furent enlevés; le malade, guéri, peut écrire et même soulever un seau plein d'eau.

Nomination d'une commission. Commission chargée d'examiner les titres des candidats au titre de membre titulaire : MM. M. Sée, Berger, Humbert. Paul POIRIER.

REVUE DES MALADIES DES ORGANES GÉNITO-URINAIRES

IV. Leçons cliniques sur la blennorrhagie chez la femme; par le Dr H. MARTINEAU, médecin de Lourcine. — Paris, Delahaye et Lecrosnier, 1885.

V. De la prostitution clandestine; par le Dr L. MARTINEAU. — Paris, Delahaye et Lecrosnier, 1885.

IV. M. Martineau, médecin de Lourcine, vient de publier une série de leçons sur la blennorrhagie chez la femme. Ces leçons, basées sur l'étude d'un très grand nombre de faits, constituent une étude complète de cette maladie si facile à contracter et parfois si difficile à guérir. Le plan adopté par l'auteur est le suivant : Il recherche d'abord la nature de la maladie; il étudie ensuite ses localisations uréthrale, vaginale, utérine, anale, oculaire, ses accidents et ses complications, son diagnostic, son pronostic et enfin son traitement. Dans le cours de ces leçons, M. Martineau a dû forcément rappeler un grand nombre de faits connus de tout le monde; nous les laisserons de côté pour nous occuper seulement des faits nouveaux ou encore peu connus que contient ce travail. Parmi les localisations de la blennorrhagie dont l'étude a été un peu négligée, nous signalerons la folliculite vulvaire ou péri-uréthrale déjà indiquée par Astruc, mais un peu perdue de vue par les modernes. M. Martineau montre comment des blennorrhagies guéries en apparence se cantonnent dans ces follicules. Sous l'influence de fatigues, d'équitation, danse, excès de coït, etc., le pus remonte vers l'orifice du follicule et peut donner la blennorrhagie à un homme qui coïte dans ces circonstances, alors que la veille un autre homme avait pu avoir des rapports sexuels avec la même femme sans aucun accident. Pour guérir ces folliculites qui peuvent devenir le point de départ de petites fistules et qui éternisent la maladie, M. Martineau détruit le follicule à l'aide du galvano-cautère. Au point de vue de la nature de la blennorrhagie, M, Martineau admet pleinement l'opinion microbienne et enseigne que toutes les localisations blennorrhagiques doivent être dues au *gonococcus* de Neisser, qu'il a fait chercher dans nombre de cas à Lourcine par le Dr Goguel et rencontré la plupart du temps.

Relativement aux complications, M. Martineau explique les phénomènes dits ovarite, pelvi-péritonite, etc., par une lymphangite ou adéno-lymphite partant de l'utérus. Il ne croit guère à l'ovarite blennorrhagique.

Il fait ressortir la rareté du rhumatisme blennorrhagique chez la femme et la rareté singulière de l'ophthalmie spécifique chez les malades du sexe féminin. Quant au traitement, après avoir essayé un très grand nombre de méthodes, voici celle qu'il préfère pour l'instant : pour l'urèthre, suppositoires au sublimé de 2, 4 ou 6 milligrammes par suppositoire; pour le vagin, cataplasme Lelièvre pendant la période aiguë, puis application de tampons enduits de glycérine boriquée pendant la période subaiguë ou chronique. Comme moyen préservatif, il recommande une lotion au sublimé à 1/500 ou 1/000 immédiatement après le coït pour l'homme, avant et après le coït pour la femme. Quant aux condoms ou capotes anglaises, il réédite à leur égard le mot de Ricord : « *Cuirasse contre le plaisir, toile d'araignée contre le danger* » et leur refuse peut-être d'une manière trop absolue les avantages qu'on leur attribue généralement.

V. Lorsqu'on veut étudier la prostitution, et notamment la prostitution clandestine, on peut se placer à divers points de vue : ceux que touche surtout l'intérêt de la liberté individuelle concluront comme M. Yves Guyot que la prostitution doit être laissée entièrement libre et que surtout les maisons de tolérance doivent disparaître; ceux qui se préoccupent surtout des mœurs consentent à laisser la prostitution s'exercer librement à huis-clos, mais s'opposent avec raison à ce qu'elle descende dans la rue. Enfin, certains médecins ou sociologistes, préoccupés avant tout des dangers de la syphilis et redoutant l'influence délétère de cette grave maladie sur les générations présentes et futures, veulent qu'on tienne la prostitution en bride, qu'on la réglemente sévèrement, dût la liberté individuelle en souffrir quelques accrocs. M. Martineau, dont les travaux relatifs aux maladies vénériennes sont bien connus et dont nous venons d'analyser une brochure intéressante, s'attaque à la prostitution clandestine qu'il considère comme le pire danger au point de vue de la propagation de la syphilis et qu'il voudrait voir disparaître. Dans son travail fort intéressant, qui s'adresse autant aux sociologistes qu'aux médecins, il fait le tableau de la prostitution clandestine à Paris en 1885. Il montre que depuis que la police des mœurs s'est relâchée, le nombre des maladies vénériennes s'est beaucoup accru à Paris et il dénonce avec la plus grande vigueur, avec la plus profonde conviction et peut-être avec quelque exagération, selon nous, les dangers que la syphilis fait courir à l'individu, à la famille et à la société. Dans ses premiers chapitres, il donne des renseignements sur le régime de Lourcine, qui est un hôpital où les femmes sont entièrement libres, pouvant sortir quand il leur plaît, et non prisonnières comme on le croit généralement. Il étudie ensuite le recrutement des prostituées dans toutes les classes de la société, depuis l'ouvrière ou la fille de brasserie, jusqu'à la femme du monde qui va se prostituer dans certaines maisons de passe pour subvenir à ses besoins de luxe; il donne une statistique d'un grand nombre de cas de défloration avec l'âge

et la profession de la femme et, autant que possible l'âge et la profession du déflorateur inscrits en regard. Le principal résultat de cette curieuse statistique est que dans le plus grand nombre de cas les femmes sont déflorées par leurs pairs, c'est-à-dire par des individus appartenant à la même classe socialo; la légende du bourgeois jeune ou vieux guettant la jeune fille pauvre pour la corrompre avec son or, ne repose donc sur aucun fondement. La virginité qu'il paie n'est qu'une virginité de seconde main.

Après avoir décrit les divers terrains où s'exerce la prostitution clandestine, M. Martineau étudie, sous le nom de prostitution saphique et sodomique, certains abus génitaux qui, au point de vue de la propagation de la syphilis n'ont qu'un intérêt secondaire ; puis il indique le rôle de l'homme, du laneeur de femmes, du souteneur dans la prostitution. Il discute ensuite les arguments des partisans de la liberté et de la réglementation de la prostitution et il arrive à conclure que la prostitution doit être réglementée ; c'est, dit-il, un métier ; vous réglementez bien toute industrie insalubre ou même seulement gênante; vous soumettez à des règlements de police une industrie qui répand une odeur désagréable ou simplement dont le bruit peut gêner ; pourquoi ne réglementeriez-vous pas l'industrie de la prostitution qui est insalubro au premier chef ?

Là est évidemment la difficulté ; et cette difficulté, c'est que si la prostitution peut être assimilée à une profession, elle diffère de toutes les autres en ce qu'elle est en même temps la satisfaction d'un besoin naturel, de sorte qu'il est assez difficile d'établir la limite où commence la prostitution vraie ; et en second lieu, la répression de la prostitution comporte non seulement une atteinte à la liberté de la prostituée, mais encore une contrainte corporelle qui répugne profondément à nos mœurs. Tant que la prostitution n'est traquée que sur la voie publique, il n'y a pas de dificulté ; il est clair que la voie publique ne saurait être livrée aux prostituées sans porter atteinte à la liberté des honnêtes femmes; mais du jour où il s'agit d'obliger une femme à subir des visites corporelles et à se laisser emprisonner dans un hôpital, il est clair aussi que la question change de face. Cependant, tout est question de mesure en ce bas monde; puisqu'on force un paysan qui n'en a nulle envie à revêtir un uniforme et à aller se faire tuer quand l'intérêt général l'exige, on pourrait bien obliger une fille moins intéressante à tous égards, à se laisser visiter et interner, si l'on était sûr d'éteindre par là la syphilis ou bien si la syphilis était comparable au choléra, à la variole, à la peste, etc., maladies auxquelles on la compare trop légèrement.

Malheureusement, pour éteindre la syphilis, il faudrait interner tous les gens qui l'ont à la période contagieuse, c'es-à-dire plusieurs millions d'individus et cela n'est guère praticable. En second lieu, il faut convenir que, sauf d'assez rares exceptions, comme la syphilis des nourrices et certaines syphilis professionnelles, on ne contracte guère cette maladie que quand on s'y expose de plein gré et non par le voisinage plus ou moins proche de gens malades. Enfin, si les syphiliographes parisiens voient tant de syphilis graves, c'est que les malades les plus éprouvés se transportent vers eux, tandis que l'innombrable foule des syphilis bénignes ou moyennes est traitée par le médecin ordinaire ou par des spécialistes moins en vue.

Il faut donc renoncer à des mesures répressives exagérées; mais n'y a-t-il rien à faire? Si vraiment; et M. Martineau a grandement raison de conseiller la multiplication des dispensaires pour hommes et pour femmes et la délivrance gratuite des médicaments. Il faut en un mot soigner la syphilis le mieux possible et répandre dans le public la connaissance des meilleurs moyens de se préserver des maladies vénériennes en général; mais quant à obtenir l'extinction complète de ces maladies, c'est là un espoir qui, jusqu'à nouvel ordre, peut être regardé comme complètement chimérique.

D[r] A. MALHERBE.

THÉRAPEUTIQUE

Le taffetas Berthault,

Par M. le D[r] ACHENNNE.

Nous recevons fréquemment des échantillons ou spécimens de nouveautés pharmaceutiques, j'entends parler ansi de produits nouveaux, soit par la forme ou le mode de préparation, soit par leur nature même ou leur composition. Il nous est absolument impossible, de toutes façons, de les signaler tous. Mais il en est qui méritent une mention, parce que ce sont de véritables contributions de la pharmacie à la thérapeutique.

Nous appelons aujourd'hui l'attention de nos lecteurs sur le taffetas Berthault, une des plus élégantes et des plus intéressantes parmi ces inventions nouvelles.

Jusqu'à présent nous avions, pour appliquer le pansement par occlusion aux coupures, à certaines plaies et aux éruptions eczémateuses et impétigineuses, les divers sparadraps adhésifs, c'est-à-dire des toiles relativement épaisses sur lesquelles étaient étendues et adhérentes des couches d'emplâtres divers, simples ou composés ; nous avions les divers taffetas noirs et roses et la baudruche gommée, et, depuis quelques années, des toiles de caoutchouc, de gutta-percha laminée, etc., etc. En somme, notre arsenal, à ce point de vue, paraissait abondamment pourvu et même riche d'engins perfectionnés.

Malgré tout, cette richesse apparente cachait une disette réelle, si l'on en juge par les défauts et les inconvénients de ces topiques si nombreux. Quoi qu'il en soit, on peut affirmer que le dernier venu de ces moyens nouveaux laisse très loin de lui tous ses aînés.

Le taffetas Berthault est diaphane ; il a la transparence de la très mince lame de verre qui sert de couvre-objet au microscope ; son épaisseur est celle d'une pelure d'oignon. Il représente un épiderme artificiel et translucide, au travers duquel on peut voir, comme à nu, l'état du derme ou des tissus sur lesquels il est appliqué.

Il est souple et élastique comme le caoutchouc ; sa résistance est grande contre toute vraisemblance.

Il donne l'idée d'une très mince lame de gélatine ou d'une couche légère de collodion ; mais il est infiniment supérieur à ce dernier.

Il est adhésif sur ses deux faces, ce qui permet de l'appliquer sur lui-même, et, au besoin, de multiplier les couches. Il est imperméable aux liquides et insensible aux variations de température.

Au point de vue chimique, il est neutre, inattaquable par les acides et les alcalis, et par les liquides de l'économie.

Toutes ces propriétés sont faciles à contrôler. Il en est d'autres pour la vérification desquelles il serait nécessaire de recourir aux procédés de la chimie. Cette préparation admet dans sa composition quelques-uns des principes que l'expérimentation a démontrés doués de propriétés antiseptiques.

Je n'hésite pas à prédire, avec la conviction la plus absolue, à ce nouveau-né de la pharmacie le plus large succès.

Je ne connais rien de plus parfait pour le pansement des coupures, des gerçures de toute sorte, des brûlures, des plaies chirurgicales, où le mackintosh et la protective lui céderont la place aussitôt qu'il sera connu des chirurgiens ; pour le pansement des eczémas dans le traitement desquels il a déjà fait ses preuves. Mieux que tous les masques, il se prête à recouvrir les surfaces les plus inégales.

Le taffetas Berthault doit incontestablement prendre un des premiers rangs dans la grande et petite chirurgie. Il doit aussi être un des objets de pansement les plus nécessaires dans la médecine domestique.

Il trouvera son emploi toutes les fois qu'il y a lieu d'isoler des surfaces, de pratiquer l'occlusion et l'antisepsie. L'isolement, l'occlusion, l'antisepsie, ne voilà-t-il pas les trois termes qui marquent tous les progrès réalisés par la chirurgie contemporaine ? (*Gazette des hôpitaux*).

CORRESPONDANCE

Berlin, 26 novembre 1885.

Monsieur le rédacteur,

Depuis que le traitement de Lister est en honneur, on n'a jamais eu l'intention de l'employer sur une aussi grande échelle qu'on veut le faire dans l'intendance de l'armée allemande. Le problème à résoudre est de faire bénéficier le plus rapidement possible des avantages de la méthode anti-septique chaque soldat blessé en service, soit en temps de guerre soit en temps de paix. Le plan est d'exécution difficile et exige une discipline des plus sévères. En 1883, à l'occasion de l'exposition d'hygiène à Berlin, on s'occupa déjà de la question. Les chirurgiens et les médecins militaires les plus éminents prirent part aux débats. A l'unanimité, les membres de la conférence déclarèrent que l'idée était pratique, l'exécution possible et nécessaire. On se mit au travail; le premier objectif était la question des frais à couvrir; mais on s'occupa aussi à confectionner et à essayer divers pansements. En 1888, le but sera atteint. Les frais se monteront pour l'armée allemande, à 1 1/2 million de marks environ. Dans le budget auxiliaire pour 1886-87 on a déjà inscrit une somme de 800,000 marks pour permettre de confectionner des bandes antiseptiques, devant servir en campagne.

Les coiffeurs ne sont pas non plus insensibles aux bienfaits de l'antisepsie. Il est hors de doute que l'herpès tonsurant et d'autres dermatoses se transmettent dans les salons de coiffure; aussi quelques coiffeurs, sur le conseil de médecins font-ils savoir qu'ils désinfectent leurs ustensiles; les blaireaux, les brosses et les peignes sont plongés dans du sublimé, les rasoirs et les ciseaux dans de l'acide phénique à 5 0/0.

Le Professeur von Bergmann, directeur de la clinique chirurgicale, a fêté son jubilé de 25e année de doctorat. Il est Livonien de naissance et fit ses études à Dorpat. Il commença ses travaux à Dorpat, sous la direction du professeur von Adelmann, puis fit la campagne de 1866 avec l'armée prussienne, en 1870 et 71 il opéra dans les baraquements de Carlsruhe et Mannheim, et en 1877, il suivit comme médecin consultant, l'armée russe du Danube, dans la guerre contre les Turcs. C'est là que Bergmann put, pour la première fois, se rendre compte des résultats obtenus avec le pansement de Lister, car jusque-là on ne l'avait employé qu'en temps de paix. Il donna quelques renseignements sur les résections articulaires, sur l'intoxication « septique », causée, selon lui, par la « sepsine », corps azoté organisé. En 1880, il publia un travail sur les plaies de tête et les maladies des ganglions lymphatiques. N'oublions pas son grand ouvrage paru en 1867, *La lèpre en Livonie*. Bergmann fut professeur ordinaire à Dorpat de 1871 à 78, puis il fut appelé à Würzbourg en remplacement de Linhard, et passa à Berlin en 1882, pour prendre la place de Langenbeck, c'est un de nos plus remarquables professeurs et un de nos meilleurs praticiens.

Le professeur Koch a inauguré le nouvel institut hygiénique (Klosterstrasse, 36). Ce bâtiment est entièrement restauré, et pourvu de toutes les améliorations nécessaires aux besoins de l'hygiène et de la bactériologie. Dans son discours d'inauguration, il a en peu de mots fait l'histoire de l'hygiène, dont il salua comme fondateur Pettenkofer (de Munich). Car, le premier, il trouva que le choléra dépendait du sol et institua un cours d'hygiène à Munich. Après lui, d'autres universités, ainsi que Berlin, ont édifié des instituts hygiéniques; l'orateur espère que ce sera pour le bien de l'humanité. Puis, il a montré de quelle grande valeur était la médecine rationnelle, et il rappelle que l'Angleterre, par exemple, dépense chaque année 27 millions de livres sterling dans ce but. Cet effort colossal trouve sa récompense dans l'amélioration générale des branches de l'hygiène et du bien-être national.

Dans la dernière séance de notre Académie des Sciences, le professeur Auwers a rendu compte d'une série d'expériences sur la technique de la fabrication des thermomètres : ces essais ont été faits à Iéna par Wiebe aide du professeur Abbé et du docteur Schott. Tous les thermomètres employés présentent l'inconvénient suivant : les tubes de verre dans lesquels se trouve le mercure, ne résistent pas à l'influence de la chaleur; quand cette chaleur est forte, ils s'allongent et s'élargissent; le volume du mercure dans le thermomètre, qui nous donne le degré de la température, ne nous apparaît donc pas exactement. Wiebe a réussi à fabriquer une sorte de verre que la chaleur modifie beaucoup moins que le verre employé jusqu'à ce jour. Ce verre a été baptisé « verre de Iéna », par l'inventeur; il ne donne, soumis pendant longtemps à une température de 100°, que des erreurs de 1/20e de degré, ce qui est insufisant pour la technique et la médecine. Le verre de Iéna est formé de 67,5 parties d'acide silicique, 14 de soude, 7 d'oxyde de zinc, 7 de chaux, 2,5 d'alumine et 2 d'acide borique. Une autre espèce de verre, ayant les mêmes qualités, contient 52 d'acide silicique, 9 de potasse, 30 d'oxyde de zinc et 2 d'acide borique.

Le Comité de la Société médicale de Berlin a annoncé pour l'assemblée générale le dépôt de la proposition suivante :

Plaise à la Société de permettre à son Comité d'entrer en pourparlers avec les pouvoirs publics, dans le but d'obtenir pour la Société, des droits de corporation. La Société de la Croix Rouge de Berlin a envoyé en Bulgarie plusieurs médecins sous la direction du Dr LANGENBUCH.

Veuillez agréer, etc. Dr L. CASPER.

BIBLIOGRAPHIE

Manuel de microscopie clinique, microscopie légale, chimie clinique, technique bactérioscopique, par BIZZOZERO et Ch. FIRKET. 2e édition française, 103 fig. et 7 planches. — Paris et Bruxelles, Carré et A. Manceaux, 1885.

Nos lecteurs connaissent depuis longtemps ce manuel. A la première édition rapidement épuisée a succédé l'édition actuelle, œuvre commune de MM. Bizzozero et Firket. Considérablement remanié et augmenté, cet ouvrage est indispensable au médecin praticien qui cherche à utiliser pour établir son diagnostic, tous les procédés scientifiques que lui fournissent actuellement l'histologie, la bactériologie et la chimie. Le *Manuel de microscopie clinique* ne fait pas double emploi avec les traités d'histologie, de bactériologie, etc., qui ne s'occupent guère que des altérations des tissus et des organes sur le cadavre.

« J'ai cherché, dit M. Firket, à demeurer constamment fidèle au principe formulé dès le début et suivi avec tant de succès dans les deux éditions italiennes par M. Bizzozero : fournir au médecin un guide dans ses recherches cliniques, lui enseigner à la fois les procédés techniques en insistant au besoin sur les petits détails qui seuls permettent de les appliquer avec fruit puis exposer, en la discutant, l'interprétation qu'il convient de donner aux résultats obtenus. Pour arriver autant que possible à ce résultat, j'ai soumis à une révision attentive et, j'ose le croire, prudente, les travaux publiés dans ces dernières années; j'ai mis aussi à profit les observations personnelles que j'avais pu faire sur divers points intéressant le clinicien. Dans la multitude des publications récentes j'ai cherché surtout les faits bien établis, sûrement utilisables pour la pratique médicale. Mais tant de questions diverses sont aujourd'hui débattues, et les sciences médicales sont, si l'on peut ainsi parler, dans un état de fermentation si ardente que nous ne pouvions pas toujours, même dans ce manuel, nous désintéresser, de certains problèmes dont la solution est encore attendue, mais dépend en grande partie des observations que la médecine clinique pourra recueillir. Dans ces cas, tout en cherchant à présenter un résumé succinct de l'état actuel de nos connaissances, nous avons toujours signalé les sources auxquelles pourrait aller puiser le lecteur spécialement intéressé par telle ou telle recherche.

Ces additions ont porté sur les sujets les plus divers et à côté de la microscopie clinique nous n'avons pas négligé la chimie médicale; signalons à ce point de vue les paragraphes consacrés à la recherche des divers albumines urinaires, au dosage et des chlorures, à l'analyse albuminimétrique des transsudats, etc. »

L'œuvre des deux auteurs, quoique commune, n'en est pas moins restée distincte. M. Firket était naturellement appelé par ses travaux antérieurs à rédiger toute la partie concernant l'étude des microbes (1). Les nombreuses additions qu'il a faites aux autres chapitres se distinguent par un texte plus petit de celui

(1) Signalons à ce propos la publication d'une traduction russe, qui, dès l'apparition du nouveau livre de MM. Bizzozero et Firket, a été entreprise à Moscou. Déjà, d'ailleurs, le chapitre consacré

de M. Bizzozero. M. van Ermengen a écrit le chapitre consacré à l'étude du bacille-virgule du choléra asiatique. Ajoutons encore que le médecin praticien trouvera dans l'ouvrage de MM. Bizzozero et Firket un guide sûr pour l'examen du sang, la numération des globules sanguins, l'examen des exsudats et liquides kystiques, du pus, de la salive, des crachats, des matières vomies, des fèces, du sperme, de l'urine, des produits de sécrétion des organes génitaux de la femme, etc. Le succès si mérité des éditions antérieures de ce manuel permet de prévoir l'accueil qui sera fait par le public médical à cette nouvelle édition.

VARIA

Service de M. le professeur **CHARCOT**.

Consultation externe de la Clinique des maladies du système nerveux, 1er semestre 1885 (janvier-juillet) ;

Compte rendu par **P. Marie** et **L. Azoulay**.

Il nous a semblé qu'il y aurait quelque intérêt à dresser le relevé des malades qui, pendant le semestre dernier (janvier à juillet 1885), ont été soignés à la consultation externe de notre maître, M. le professeur Charcot. Dans ces chiffres ne figure, bien entendu, aucune des malades résidant à la Salpêtrière d'une façon permanente comme admises, ces dernières appartenant à une division spéciale du service de M. Charcot.

Le nombre total des malades soignés à la consultation externe pendant le 1er semestre de 1885, a été de 1.020.

Il se décompose ainsi qu'il suit :

Affections nerveuses	860 (1)
Affections viscérales diverses et maladies générales sans manifestations nerveuses prédominantes	160

Acromégalie (2)		1
Alcoolisme avec phénomènes nerveux divers		4
Anémie cérébrale		3
Angine de poitrine 12	Par athérôme	3
	Chez des neurasthéniques	4
	Dans la maladie de Basedow	1
	Dans le tabes	1
	Idiopathique (?)	3
Ataxie locomotrice 59	A début brusque	4
	Supérieure	5
	Avec réflexes conservés	2
	Bénigne	2
	Avec arthropathie du genou	2
	Avec arthropathie du poignet	1
	Avec secousses musculaires	1
	Avec mal perforant palmaire	1
Ataxie héréditaire de Friedreich		1
Atrophie musculaire progressive (Aran-Duchenne ?)		1
Atrophie musculaire progressive avec début par les membres inférieurs		2
Maladie de Basedow		7
— fruste		3
Chorée de Sydenham		25
— chez des adultes		2
Chorea gravidarum		1
Chorée rhythmée		3
Hémichorée post-hémiplégique		1
Diabète avec phénomènes nerveux divers		5
— avec phénomènes pseudo-tabétiques		2
Epilepsie		65
— avec hémiplégie infantile		6
— jacksonnienne		3
— généralisée post-hémiplégique		4
Erythromélalgie (chez un athéromateux avec troubles circulatoires des centres nerveux)		1
Hémianopsie (avec agraphie et diabète)		1
Hémiplégie infantile sans épilepsie		13
— avec athétose		2
— vulgaire (hémorrhagie cérébrale ou ramollissement)		66
Hémisection médullaire		1
Hystérie, 96. Chez l'homme, 9	Avec paralysie du bras	2
	Avec pseudo-coxalgie	1
	A forme d'épilepsie partielle	1
Chez les garçons (jusqu'à 15 ans), 7	Avec pseudo-coxalgie	1
	Avec épilepsie à crises distinctes	1
Chez la femme, 66	Avec épilepsie à crises distinctes	1
Chez les petites filles (jusqu'à 15 ans), 14	A forme d'épilepsie partielle	1
Irritation du centre génito-spinal		1
Lèpre anesthésique		2
Lésion traumatique du plexus brachial		1
Migraine vulgaire		3
— ophtalmique accompagnée		3
Monoplégie : 4.	Membre supérieur	2
	Membre inférieur	2
Morphinomanie		2
Myélite subaiguë		1
— diffuse syphilitique		10
Myopathie primitive progressive.	Paralysie pseudo-hypertrophique	1
	Athrophie infantile héréditaire de Duchenne	4
	Forme juvénile de Erb	1
Névralgie intercostale		1
— du trijumeau		5
— radiale		1
— cervico-brachiale		1
— sciatique		8
— et paralysie oculaire à retour périodique		1
Névrite périphérique		2
Neurasthénie et nervosisme		89
Paramyoclonus multiplex		1
Paralysie bulbaire en foyer		2
— pseudo-bulbaire		3
— générale progressive		16
— agitante		12
Paralysies périphériques.	Faciale	3
	Oculaire	1
	Du plexus brachial	1
Mal de Pott dorsal		3
Psychopathies diverses		40
Saturnisme à manifestations diverses		3
Paralysie saturnine		2
Sclérodermie		2
Sclérose en plaques		8
— combinée (?)		1
— latérale amyotrophique dont une à début bulbaire		3
Somnambulisme spontané		1
Syphilis avec manifestations cérébrales		5
Spasmes musculaires respiratoires		2
Spasmes musculaires fonctionnels (dont trois crampes des écrivains)		4
Tics multiples		2
Tic douloureux de la face		2
Tremblement sénile		2
Tumeurs cérébrales		3
Vertige de Ménière		3
— gastrique		2

Note additionnelle. — A la statistique précédente nous en joindrons une portant sur un certain nombre de cas de

par M. Firket, dans la 1re édition française, à la recherche et au diagnostic des microbes parasitaires, avait reçu les honneurs de la traduction.

(1) Notre relevé analytique ne porte que sur 660 malades ; quant aux 200 autres malades consistant à peu près exclusivement en neurasthéniques, épileptiques, hémiplégiqués et psychopatiques nous n'avons pas conservé sur eux d'indications suffisantes pour en opérer le classement exact par catégories.

(2) Cette observation sera publiée dans un des prochains numéros de la *Revue de médecine*.

paralysie agitante observés en dehors des limites du semestre. Chez ces malades nous avons recherché spécialement le nombre des pulsations, et nous avons pu constater la fréquence de la tachycardie déjà signalée dans cette affection par l'un de nous (1) à propos d'une observation de P.-J. Möbius, dans laquelle il y avait coïncidence de la paralysie agitante et de la maladie de Basedow.

Voilà les résultats que nous avons obtenus par l'examen de 31 cas de paralysie agitante :

Dans sept cas seulement le nombre des pulsations était de 76 ou au-dessous (une fois 68, une fois 64).

Dans 5 cas le nombre des pulsations était compris entre 76 et 90.

Dans 19 cas ce nombre était de 90 ou au-dessus (le plus haut chiffre observé a été 122 ; deux fois on a noté 120).

Si l'on compare entre eux ces différents malades, il semble que l'augmentation du nombre des pulsations ait une tendance plus grande à se montrer chez ceux qui sont atteints de cette maladie depuis plus longtemps, sans que cependant il y ait rien d'absolu à cet égard.

En résumé, de l'examen de ces chiffres il ressort, croyons-nous, que dans la paralysie agitante, la tachycardie, sans être constante, se présente cependant avec une fréquence assez remarquable.

Discours prononcé à la distribution des prix de l'Ecole municipale des infirmiers et infirmières de Bicêtre.

Après une allocution de M. le Dr Peyron, M. Bourneville a prononcé le discours suivant :

Mesdames, Messieurs,

L'année scolaire qui finit aujourd'hui est la 8e année de l'*Ecole municipale d'infirmiers et d'infirmières* de Bicêtre, elle peut être considérée comme la meilleure et la plus fructueuse. Déjà dans l'allocution de l'an dernier, j'ai eu le plaisir, Messieurs, de mettre en relief votre plus grande assiduité à suivre les cours primaires et professionnels, assiduité qui, contrairement à ce qu'auparavant vos maîtres remarquaient avec tristesse, s'est maintenue jusqu'à la fin des cours. Aujourd'hui, nous sommes heureux de vous adresser des félicitations. Je ne parlerai pas de votre assiduité, Mesdames et Mesdemoiselles ; il y a longtemps, dès le début, que vous avez donné le bon exemple, et j'arrive à l'appréciation générale des travaux de l'année.

Comme les années précédentes votre maître, M. Boutillier, et ses aides (2) ; vos maîtresses, Mme Thierry, Mlles Bl. Agnus, B. Langlet et E. Labbé, se sont consacrées, avec un dévouement, que je ne saurais trop signaler, à perfectionner votre instruction primaire souvent très incomplète et encore trop souvent presque nulle.

M. Boutillier, et nous l'en remercions, a suivi assidûment les leçons des cours professionnels ; la maladie a malheureusement empêché l'institutrice des infirmières d'imiter son exemple. Il en est résulté que les hommes ont reçu le lendemain de chaque leçon professionnelle des explications de leur maître, explications qui ont laissé des traces sérieuses, car à l'inverse de ce qui arrivait les années précédentes, les compositions des infirmiers ont été plus fortes que celles des infirmières. Le remède est tout indiqué : nous n'insisterons pas.

Les *exercices pratiques*, dirigés par Mme Calloir, surveillante de l'Infirmerie, ont été rendus plus fréquents, toutes les infirmieres ont été appelées successivement dans mon service pour « *faire la signature* » ou « tirer les bons, » comme on dit, et pour apprendre à *vacciner*. J'ai profité, autant que possible, de leurs visites dans mes salles pour leur faire faire quelques *bandages* sous la direction de Mme Jolliot qui, depuis longtemps, nous aide officieusement dans cette partie si importante de l'enseignement. Il y a donc eu, cette année, progrès de ce côté et, là, Mesdames et Mesdemoiselles, vous avez pris votre revanche ; sans conteste, vous connaissez beaucoup mieux que les hommes les appareils, les instruments, les médicaments, les pansements et vous faites mieux vos bandages. Toutefois, il y a encore beaucoup à faire pour vous donner toute l'instruction pratique que je voudrais vous voir posséder ; nous nous bornerons à insister sur trois points :

1° Les médecins, les chefs de service, réclament de l'Administration de bonnes infirmières, c'est leur droit et il s'arrête là ; quand ils indiquent la couleur du costume ou la forme de la coiffure, ils outrepassent leur droit, n'étant pas responsables des infirmiers, des infirmières, ni des surveillants et surveillantes. Eh bien, puisque les médecins et chirurgiens veulent avoir de bonnes infirmières, ils devraient tous, sans exception, aider l'Administration dans cette tâche, contribuer eux-mêmes, chaque jour, à leur instruction ; encourager leurs surveillantes et leurs surveillants à perfectionner à leur tour l'instruction de leurs infirmiers et de leurs infirmières. Jusqu'ici, ce concours bienveillant des personnes qui sont le plus directement intéressées à avoir de bons auxiliaires, nous a fait défaut.

Ce concours aurait rendu plus de services aux malades, auxquels on prétend s'intéresser si ardemment, que les manifestations bruyantes et fructueuses auxquelles trop de médecins et de chirurgiens se sont laissé aller. Espérons que, dans un avenir prochain, les chefs de service comprendront mieux les avantages de l'enseignement des Ecoles d'infirmières et qu'ils l'encourageront au lieu de l'entraver. Voilà pour le premier point, passons au second.

2° Dès maintenant, il est un concours que nous pouvons obtenir, c'est celui des surveillants et des surveillantes de tous les services, de toutes les divisions de l'hospice, même de celles de l'Infirmerie générale, bien entendu, dans les limites des restrictions imposées par les chefs de service actuels. Ils peuvent nous aider de deux façons : en excitant leurs infirmiers et leurs infirmières à suivre très exactement les cours ; en prenant les mesures nécessaires pour que rien, dans le service, ne les en empêche ; ensuite, en leur fournissant chaque jour, à propos de tous les détails du service, les renseignements, les explications qui contribueront à leur instruction professionnelle. Cet *enseignement mutuel* que nous réclamons, il nous semble qu'il nous est facile de l'obtenir de nos surveillants, la plupart — je dirais volontiers tous, si la prudence scientifique ne m'imposait une réserve — la plupart, dis-je, républicains et par conséquent disposés à aider les autres ; nous devons l'obtenir de toutes nos surveillantes qui, elles, ont bénéficié de l'enseignement de cette Ecole.

3° Enfin — c'est là le troisième point, — pour rendre aussi forte, aussi complète que possible l'instruction professionnelle de nos élèves, il est indispensable — et je ne cesserai d'y revenir tant qu'aux paroles n'aura pas succédé la pratique, — il est indispensable que l'on fasse *passer les infirmières, les infirmiers les plus avancés dans tous les services de l'hospice*. Rien de plus facile, le jour où on le voudra. Les infirmières, à partir de leur arrivée, devraient aller dans les services les plus faciles : dortoirs de vieillards, lingerie, buanderie, cuisine, ateliers, etc. ; puis aux grands infirmes, ensuite dans la division des aliénés, dont les chefs de service ont toujours été et sont encore disposés à faciliter le développement de l'Ecole ; enfin, à l'Infirmerie générale — où, dans ces derniers temps, l'on a soulevé des difficultés et de là, après un temps plus ou moins long, elles iraient dans d'autres établissements ou resteraient ici, avec un grade supérieur. Il y a ici des infirmières intelligentes, instruites, qui feraient d'excellentes sous-surveillantes mais qui sont restées dans le même service malheureusement depuis leur arrivée à Bicêtre et n'ont qu'une expérience incomplète. Ce *roulement*, nous le réclamons non seulement pour les infirmières, mais aussi pour les infirmiers, pour tous ceux qui ont eu des récompenses, car, à notre avis, l'*Ecole d'infirmiers de Bicêtre* devrait fournir de bons infirmiers à tous les hôpitaux. Ici devraient venir successivement tous les bons infirmiers des autres hôpitaux dont l'instruction primaire est imparfaite ; ici tous les infirmiers devraient être obligés de suivre les cours primaires et professionnels. C'est parmi les élèves de cette Ecole, perfectionnés ensuite par leur passage à l'Ecole de la Pitié, que devraient être pris tous les suppléants et tous les sous-surveillants. Il ne faut pas que

(1) Marie. (*Progrès médical*, 1883).
(2) MM. Pinguenet Legel et Mullot.

des infirmiers qui font bien leur service, qui suivent régulièrement l'Ecole, qui s'instruisent, voient avancer des infirmiers qui n'ont jamais fréquenté l'Ecole. Il ne devrait pas y avoir d'exception. Ce serait justice. M. le Directeur le sait si bien qu'il vous a dit, il n'y a que quelques instants, combien il se préoccupait de rendre justice à tous.

Certes, il y a eu des améliorations, conquises péniblement; mais la situation laise encore à désirer. Il faut arriver à avoir ici la véritable pépinière des sous-surveillants, afin de mieux utiliser les sacrifices faits par le Conseil municipal, par l'Administration, par les professeurs. Pour cela, il est nécessaire que le personnel devienne fixe. Pour montrer qu'il est loin d'en être ainsi, je dois dire un mot des mutations de l'année :

Il y a à Bicêtre 192 infirmiers; voici quelles ont été, en 1884, les mutations des serviteurs, pour employer l'expression administrative, expression dont nous continuons à demander le remplacement par le mot « infirmiers » : 176 serviteurs ont quitté l'hospice ;

64 sont partis sur leur demande.
6 sont partis sur leur demande dans d'autres hôpitaux.
8 ont été nommés sous-employés.
38 ont été renvoyés pour ivresse.
7 ont été renvoyés pour insubordination.
27 ont été renvoyés pour abandon de service, négligence, etc.
1 a été renvoyé pour détournement.
6 sont décédés.
10 ont été refusés par l'Administration centrale.
9 sont sortis pour divers motifs (service militaire, maladie, etc.)
176

Si l'on retranche de ce chiffre les 8 infirmiers qui ont eu de l'avancement, il reste 168 mutations en 1884 pour un personnel de 192 : c'est beaucoup trop.

Les infirmières sont au nombre de 63, voici les mutations en 1884 :

5 sont passées sous-employées.
2 sont sorties sur leur demande.
1 est sortie pour maladie incurable.
2 renvoyées pour mauvais service ou pour légèreté de conduite
1 est décédée.
11

Si l'on retranche les 5 qui ont obtenu de l'avancement on voit que sur 63 infirmières, il y a eu, en 1884, 6 mutations ; nous approchons du but, à savoir qu'il n'y ait plus de mutations.

Encore quelques mots et j'ai fini. L'enseignement qui vous est donné devait avoir à mon sentiment deux consécrations : 1° Des récompenses et, en tête, les diplômes ; 2° l'avancement de grade. Voyons ce qui a été obtenu.

En ce qui concerne les diplômes, nous en avons moins que je ne l'aurais souhaité ; ici, toutes les infirmières, toutes les suppléantes et toutes les sous-surveillantes devraient avoir leur diplôme. Voici la statistique :

	F.	H.
1882-1883.	8	0
1883-1884.	3	3
1884-1885.	4	4

J'insiste donc pour que, à partir du 1er octobre 1885, toutes les infirmières de l'hospice de Bicêtre soient *obligées* de suivre les cours primaires et professionnels et à prendre part aux compositions jusqu'à ce qu'elles aient obtenu leur diplôme ; j'insiste aussi pour que toutes les mesures soient prises afin de n'accepter dans les hopitaux-écoles que des infirmières ayant déjà une certaine instruction. En échange de toutes ces obligations qui me semblent indispensables, il importe que l'administration — j'y reviens encore — améliore votre logement si défectueux, votre nourriture si peu variée....

J'arrive au second point, à celui qui vous touche le plus, à l'avancement, à la laïcisation. (Voir le Discours fait à la Salpêtrière, p. 15.)....

J'espère que l'asile de Villejuif sera enfin achevé dans quelques mois et alors, ainsi que je m'y suis engagé, je rappellerai à M. le Préfet de la Seine la promesse qu'il a faite de prendre, dans cette Ecole, quelques-uns des sous-surveillants dont il aura besoin. Je pense aussi que M. le Directeur n'oubliera pas, dans le recrutement de l'hospice de Brévannes, qu'il y a ici, à cette Ecole, des infirmiers laborieux, instruits et dévoués.

Continuez donc, Mesdames et Messieurs, à bien travailler, à bien faire votre service et vous serez récompensés.

La « Tribune médicale » et M. Cadiat.

La *Tribune médicale* n'a pas encore digéré la notice sévère, mais juste, que nous avons publiée sur le professeur Robin. Non contente de contester le droit d'apprécier en toute liberté les œuvres d'un savant qui vient de mourir, elle semble vouloir placer les œuvres des élèves du défunt professeur au dessus de toute critique ; c'est ce qui ressort de la publication qu'elle fait d'une lettre de M. Cadiat (!) :

« Mon *Traité d'anatomie générale*, fait-on dire à M. Cadiat, a remporté à l'Institut la moitié du prix Serres, une mention au prix Monthyon et à la Faculté de médecine la moitié du prix Châteauvillard. Vous comprenez que, en présence d'un pareil jugement, je n'ai guère à me préoccuper de l'appréciation personnelle d'un journaliste *anonyme*. »

La *Tribune* veut rire quand elle cherche à faire croire qu'une distinction de ce genre est une garantie infaillible et indiscutable de la valeur d'un livre. Lorsque nous avons fait le compte rendu de l'ouverture du cours de M. Cadiat (1), nous nous sommes permis quelques critiques ; et on nous a fait le reproche de nous montrer sévère pour un *malade* ; or, nous ignorions alors complètement l'état de la santé de ce professeur agrégé ; nous n'avons du reste rien à retrancher du jugement que nous avons porté sur M. Cadiat, supposé sain, et nous devions le supposer tel puisque la Faculté le chargeait d'un cours. Depuis, par commisération et contrairement à l'intérêt scientifique, nous nous sommes abstenu ; nous avons renoncé à publier le compte rendu du second volume du *livre* doublement couronné et il y a quelques jours nous avons enregistré sans commentaire la nomination de M. Cadiat à la place de conservateur du musée Dupuytren, place qui exige un homme actif, sain de corps et d'esprit.

Nous avons eu tort, M. Cadiat jouit de la plénitude de ses facultés, puisqu'on vient de le renommer conservateur du musée Dupuytren, et puisque M. Laborde s'en porte garant, en publiant une lettre d'attaques de M. Cadiat contre nous. Nous sortirons donc de notre réserve à l'égard de M. Cadiat; l'attitude de ses amis nous y provoque et nous apprécierons prochainement le *Traité* couronné. P. BRICON.

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 7. — 4e *de Doctorat* : MM. Gariel, Lutz, Remy. — 2e *de Doctorat*. 2e partie : MM. Béclard, Hayem, Reynier. — 3e *de Doctorat*, oral, 1re partie : MM. Trélat, Le Dentu, Pinard. — 5e *de Doctorat*. 1re partie (Hôtel-Dieu) : MM. Tarnier, Lannelongue, Segond. — 5e *de Doctorat*. 2e partie : MM. Fournier, Dieulafoy, Joffroy.

MARDI 8. — 1er Définitif (Officiat) : MM. Le Fort, Duplay, Humbert. — 2e *de Doctorat*. 2e partie : MM. Sappey, Grancher, Bouilly. — 3e *de Doctorat* : MM. G. Sée, Peter, Quinquaud. — 4e *de Doctorat* : MM. Proust, Duguet, Hutinel. — 5e *de Doctorat*. 1re partie (Charité) : MM. Pajot, Panas, Richelot. — 5e *de Doctorat*. 2e partie : MM. Cornil, Lancereaux, Debove.

MERCREDI 9. — Méd. opér. (Epreuve pratique) : MM. Trélat, Le Dentu, Reclus. — 2e *de Doctorat*, oral, 1re partie : MM Béclard, Dieulafoy, Segond. — 2e définitif (Officiat) : MM. Charcot, Lannelongue, Remy. — 5e *de Doctorat*. 1re partie (Hotel-Dieu) : MM. Guyon, Tarnier, Terrillon

JEUDI 10. — 2e *de Doctorat*. oral, 1re partie : MM. Vulpian, Cornil, Peyrot. — 2e *de Doctorat*. 2e partie : MM. G. Sée, Brouardel, Campenon. — 3e *de Doctorat*, oral, 1re partie : MM. Pajot, Duplay, Richelot.

VENDREDI 11. — 1er *de Doctorat* : MM. Regnauld, Lutz, Blanchard. — 2e *de Doctorat*. 2e partie : MM. Béclard, Vulpian Ch. Richet. — 4e *de Doctorat* : MM. Hayem, Dieulafoy, A. Robin. — 5e *de Doctorat*. 1re partie (Charité) : MM. Guyon, Le Dentu, Budin.

SAMEDI 12. — 5e *de Doctorat*. 2e partie (Hotel-Dieu). 1re *Série* : MM. Ball, Laboulbène, Hanot. — 5e *de Doctorat* (Hotel-Dieu) 2e *Série* : MM. Cornil, Duguet, Debove. — 5e *de Doctorat*. 2e partie (Charité) : MM. Jaccoud, Lancereaux, Troisier.

Thèses soutenues à la Faculté de Médecine.

Vendredi 11. — M. Hertz. Contribution à l'étude des éruptions

(1) *Progrès médical* 14 avril 1883, n° 15, p. 28[illegible]

bulbeuses. — M. Mullot. Du vertige auriculaire consécutif aux injections de liquide dans le conduit auditif externe.

Enseignement médical libre.

Clinique médicale. — M. le Dr Lancereaux, médecin de la Pitié, reprendra ses leçons cliniques le mercredi 9 décembre (amphithéâtre n° 3), et les continuera les mercredis suivants. Le vendredi : clinique au lit du malade.

Cours clinique d'accouchements. — M. le Dr Verrier, ancien préparateur des cours d'accouchements à la Faculté, recommencera son cours le lundi 14 décembre prochain à 5 heures, à sa clinique, 129, rue Saint-Honoré. Leçons tous les jours à la même heure, le jeudi excepté. Durée du cours deux mois. MM. les élèves seront exercés aux opérations. Ils accompliront chacun deux accouchements au moins sous la direction du professeur ou de son chef de clinique. S'inscrire d'avance à la clinique de 1 à 3 heures.

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 22 novembre au samedi 28 novembre 1885, les naissances ont été au nombre de 1214 se décomposant ainsi : Sexe *masculin* : légitimes, 413; illégitimes, 174. Total, 587. — *Sexe féminin* : légitimes, 336 ; illégitimes, 194. Total, 627.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1881 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 22 novembre au samedi 28 novembre 1885, les décès ont été au nombre de 1035, savoir : 570 hommes et 465 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoide : M. 18 F. 12. T. 30. Variole : M 1. F. 2. T. 3. — Rougeole : M. 8, F. 11, T. 19. — Scarlatine : M. 4. F. 2 T. 6. — Coqueluche : M. 3, F. 2. T. 5. — Diphthérie, Croup, M. 20 F. 25, T. 45. — Dyssenterie : M. 1. F. 0, T. 1. — Erysipèle : M. 4, F. 5 T. 9. — Infections puerpérales : 5 — Autres affections épidémiques : M. ., F. ., T. .. — Méningite tuberculeuse et aiguë : M. 15 F. 16, T. 31. — Phthisie pulmonaire : M. 110, F. 74. T. 184. — Autres tuberculoses : M. 25, F. 10. T. 35. — Autres affections générales : M. 38. F. 39 T. 77. — Malformations et débilité des âges extrêmes : M. 26, F. 27, T. 53. — Bronchite aiguë : M. 9, F. 16, T. 25. — Pneumonie : M. 47, F. 37, T. 82. — Athrepsie : M. 35, F. 27. T. 62 — Autres maladies des divers appareils : M. 182, F. 146, T. 331. — Après traumatisme : M. ., F. ., T. .. — Morts violentes : M. 21, F. 5. T. 26. — Causes non classées M. 4, F. 3, T. 7.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 85 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 35; illégitimes, 15. Total : 49. — *Sexe féminin* : légitimes, 25 ; illégitimes, 11. Total : 36.

Concours d'agrégation de médecine. — Sont admis à prendre part au concours d'agrégation qui s'ouvrira à Paris le 1er décembre 1885, pour quatorze places d'agrégés des Facultés de médecine (section de médecine : pathologie interne et médecine légale, les candidats dont les noms suivent :

Académie de Douai. — MM. Chuffart Ernest-Alexis-Grégoire, né à Préseau (Nord), le 2 décembre 1855, docteur en médecine de la Faculté de Paris ; Lober César-Edmond-Désiré, né à Crespin (Nord), le 25 septembre 1848, docteur en médecine de la Faculté de Paris.

Académie de Lyon. — MM. Audry Jean-Baptiste-Arthur, né à Lyon (Rhône), le 12 mai 1858, docteur en médecine de la Faculté de Lyon ; Boinet Edouard-Louis-Désiré, né à Marly-la-Ville (Seine-et-Oise), le 13 février 1859, docteur en médecine de la Faculté de Paris ; Dufour Jean-Benoit-Edouard, né à Lyon (Rhône), le 28 juin 1857, docteur en médecine de la Faculté de Lyon ; Lemoine Georges-Henri, né à Tulle (Corrèze), le 15 janvier 1859, docteur en médecine de la Faculté de Lyon ; Weil Edmond, né à Hagueneau (Bas-Rhin), le 1er février 1859, docteur en médecine de la Faculté de Lyon.

Académie de Montpellier. — MM. Brousse Charles-Victor-Marie-Auguste, né à Montpellier (Hérault), le 11 juin 1855, docteur en médecine de la Faculté de Montpellier ; Parda Nicolas-Elie-Gaston, né à Ouveillan (Aude), le 7 septembre 1854, docteur en médecine de la Faculté de Montpellier.

Académie de Nancy. — MM. Collin Alexis-Auguste, né à Moutiers-sur-Sauls (Meuse), le 28 août 1825, docteur en médecine de la Faculté de Paris ; Parisot Pierre-Gabriel-Jules, né à Nancy (Meurthe), le 9 février 1859, docteur en médecine de la Faculté de Nancy ; Simon Marie-Victor-Paul, né à Lunéville (Meurthe), le 2 juillet 1857, docteur en médecine de la Faculté de Nancy.

Académie de Paris. — MM. Ballet Louis-Gilbert-Siméon, né à Ambazac (Haute-Vienne), le 29 mars 1853, docteur en médecine de la Faculté de Paris ; Barth Jules-Ernest-Henri, né à Paris, le 13 octobre 1853, docteur en médecine de la faculté de Paris ; Balzer Félix, né à Chateaubriand (Loire-Inférieure), le 4 avril 1849, docteur en médecine de la Faculté de Paris ; De Beurmann Charles-Lucien, né à Strasbourg (Bas-Rhin), le 12 juin 1851, docteur en médecine de la Faculté de Paris ; Bourcy Paul-Louis, né à Saint-Jean-d'Angély (Charente-Inférieure), le 8 septembre 1857, docteur en médecine de la Faculté de Paris ; Brault Marie-Philippe-Auguste-Albert, né à Montfort l'Amaury (Seine-et-Oise), le 1er mars 1852, docteur en médecine de la Faculté de Paris ; Brissaud Edouard, né à Besançon (Doubs), le 15 avril 1852, docteur en médecine de la Faculté de Paris ; Brocq Louis-Anne-Jean, né à Laroque Timbaut (Lot-et-Garonne), le 1er février 1856, docteur en médecine de la Faculté de Paris ; Chauffard Marie-Emile-Anatole, né à Avignon (Vaucluse), le 22 août 1855, docteur en médecine de la Faculté de Paris ; Cuffer Paul-Louis, né à Soissons (Aisne), le 25 juillet 1849, docteur en médecine de la Faculté de Paris ; Déjerine Joseph-Jules, né à Plainpalais, le 3 août 1849, docteur en médecine de la Faculté de Paris ; Dreyfus Louis-Lucien, né à Strasbourg (Bas-Rhin), le 3 avril 1849, docteur en médecine de la Faculté de Paris ; Faisans Michel-Léon, né à Pau (Basses-Pyrénées), le 31 mars 1851, docteur en médecine de la Faculté de Paris ; Gaucher Philippe-Charles-Ernest, né à Champlemy (Nièvre), le 26 juillet 1854, docteur en médecine de la Faculté de Paris ; Grenier Just-François-René, né à Besançon (Doubs), le 1er décembre 1855, docteur en médecine de la Faculté de Paris ; Juhel-Renoy Jean-Edmond, né à Paris (Seine), le 14 février 1855, docteur en médecine de la Faculté de Paris ; Lannois Maurice-René, né à Clichy (Seine), le 6 novembre 1856, docteur en médecine de la Faculté de Paris ; Letulle Maurice-Eléonor-Joseph-Lucien, né à Mortagne (Orne), le 19 mars 1853, docteur en médecine de la Faculté de Paris ; Merklen Marie-Joseph-Félix-Pierre, né à Mulhouse (Haut-Rhin), le 27 février 1852, docteur en médecine de la Faculté de Paris ; Moussous Charles-André, né à Bordeaux (Gironde), le 6 juin 1857, docteur en médecine de la Faculté de Bordeaux ; Netter Just-Arnold, né à Strasbourg (Bas-Rhin), le 9 novembre 1855, docteur en médecine de la Faculté de Paris ; Siredey François-Augustin-Armand, né à Lavilleneuve-les-Convers (Côte-d'Or), le 7 avril 1856, docteur en médecine de la Faculté de Paris.

MM. Brocq, Mercklen et Siredey se sont retirés avant l'ouverture du concours.

Faculté de médecine. — *Concours d'agrégation (pathologie interne et médecine légale).* — Compositions écrites : *Cellules hépatiques.* Les lectures auront lieu dans l'ordre suivant : 1. MM. Lober ; — 2. Chuffard ; — 3. Lemoine ; — 4. Netter ; — 5. Letulle ; — 6. Moussons ; — 7. Chauffard ; — 8. de Beurmann ; — 9. Bourcy ; — 10. Colin ; — 11 Cuffer ; — 12. Dubreuil ; — 13. Balzer ; — 14. Juhel-Renoy ; — 15. Brousse ; — 16. Brissaud ; — 17. Ballet ; — 18. Boinet ; — 19. Brault ; — 20. Grenier ; — 21. Lannois ; — 22. Gaucher ; — 23. Dreyfus ; — 24. Barth ; — 25. Parisot ; — 26. Simon ; — 27. Déjerine ; — 28. Weill ; — 29. Sardat.

Concours des prix de l'internat de Paris. — Internes de première et seconde année, question posée à l'épreuve orale : *Pustule maligne.*

Concours de l'internat en médecine *des asiles d'aliénés de la Seine.* — Le jury se compose de MM. Bouchereau, Legrand Du Saulle, Delens, Charpentier, Merklen, Briand, Vallon. Les épreuves écrites ont commencé lundi à l'asile clinique de Sainte-Anne : le sujet était : *Racines des nerfs rachidiens* (anatomie et physiologie). — Les autres questions restées dans l'urne étaient : *nerf facial, artères du cerveau* (anatomie et physiologie). Sur vingt et quelques candidats inscrits, 16 ont répondu à l'appel de leur nom ; ils ont alors été prévenus que le concours n'avait lieu que pour quatre places (cinq avaient été annoncées), par suite du retard apporté à l'ouverture du service des hommes de l'asile de Villejuif. Nous croyons savoir que le Ministre de l'Intérieur a décidé de recruter par la voie de ce concours les internes de l'asile de Charenton.

Faculté des sciences de Paris. — M. Mathias, agrégé de physique, professeur de physique au lycée de Lorient, est nommé préparateur du laboratoire de physique à la Faculté des sciences de Paris, en remplacement de M. Boitel, appelé à d'autres fonctions. — M. Appel, docteur ès sciences, est nommé professeur de mécanique rationnelle à la Faculté des sciences de Paris. Un congé, sans traitement, est accordé, sur sa demande pendant l'année scolaire 1885-1886, à M. Bergeron, préparateur de géologie à la Faculté des sciences de Paris. — Un congé sans traitement, est accordé, sur sa demande, pendant l'année scolaire 1885-1886, à M. Vasseur, préparateur-adjoint de géologie à la Faculté des sciences de Paris. — M. Th. Barrois a soutenu le 1 décembre, à 2 heures, pour obtenir le grade de docteur ès sciences naturelles, la thèse suivante : « *Glandes du pied et pores aquife-*

res des Lamellibranches ». — M. YVES DELAGE, professeur à la Faculté des sciences de Caen, est chargé en outre du discours de zoologie anatomie et physiologie comparées à la Faculté des sciences de Paris, de la direction des travaux pratiques, dissections et conférences dont les sujets sont tirés des programmes de la licence et de l'agrégation des sciences naturelles.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — M. PAULET, ancien professeur d'anatomie à la Faculté de médecine et de pharmacie de Lyon, est nommé professeur honoraire.

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LILLE. — M. VANTHIELT (Paul-Louis-Lucien), est chargé, pendant l'année scolaire 1885-1886, des fonctions d'aide d'anatomie à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille, en remplacement de M. Carpentier, appelé à d'autres fonctions. — M. BERTAUX (Théodore-Augustin), est nommé aide d'anatomie à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille, en remplacement de M. Létémé, démissionnaire.

ASSISTANCE PUBLIQUE. — Le mercredi 16 décembre 1885, aura lieu à la mairie du Ve arrondissement l'élection d'un médecin, pour le service du traitement à domicile. Le scrutin sera ouvert à midi, fermé à quatre heures.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE. — M. le Dr FORGET, a légué par testament la nu-propriété de sa fortune à l'Association générale des médecins de France, pour être affectée au service de la caisse des retraites de cette association.

COLLÈGE DE FRANCE. — M. Bertrand, professeur de physique générale et mathématique au Collège de France, est autorisé à se faire suppléer, pendant l'année scolaire 1885-1886, par M. LAGUERRE, membre de l'Institut. — M. Maspéro, professeur d'archéologie et philologie égyptiennes au Collège de France, est autorisé à se faire suppléer, pendant l'année scolaire 1885-1886, par M. Paul GUIEYSSE. — M. Foucart, professeur d'épigraphie et antiquités grecques au Collège de France, est autorisé à se faire suppléer, pendant l'année scolaire 1885-1886, par M. HOMOLLE. — M. Brown-Séquard, professeur de médecine au Collège de France, est autorisé à se faire remplacer, pendant le premier semestre de l'année scolaire 1885-1886, par M. d'ARSONVAL. — M. Marey, professeur d'histoire naturelle des corps organisés au Collège de France, est autorisé à se faire remplacer, pendant le premier semestre de l'année scolaire 1885-1886, par M. François FRANCK, directeur-adjoint du laboratoire de physiologie de l'Ecole pratique des Hautes-Etudes. — M. Ranvier, professeur d'anatomie générale au Collège de France, est autorisé à se faire remplacer, pendant le premier semestre de l'année scolaire 1885-1886, par M. MALASSEZ. — M. Guillaume Guizot, professeur de langues et littératures d'origine germanique au Collège de France, est autorisé à se faire remplacer, pendant le premier semestre de l'année scolaire 1885-1886, par M. JUSSERAND.

ECOLE VÉTÉRINAIRE D'ALFORT. — Un emploi de répétiteur auxiliaire de la chaire de pathologie générale, médicale spéciale, anatomie pathologique et clinique, est vacant à l'école vétérinaire d'Alfort. Adresser sa demande au Ministre de l'Agriculture, par l'intermédiaire du directeur de l'Ecole d'Alfort.

ECOLE PRÉPARATOIRE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE DIJON. — Un concours pour un emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique internes à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon, s'ouvrira le 1er juin 1886, devant la Faculté mixte de médecine et pharmacie de Lyon. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

ECOLE PREPARATOIRE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE TOURS. — Un congé pour raisons de santé est accordé, sur sa demande, pendant le premier semestre de l'année scolaire 1885-1886, à M. Charcellay, professeur de clinique interne à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours. — M. SAINTON, suppléant à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours, est chargé du cours de clinique interne à ladite Ecole; pendant la durée du congé accordé à M. Charcellay.

HOSPICES CIVILS DE SAINT-ÉTIENNE (LOIRE). — *Concours.* l'Administration des hospices civils de Saint-Etienne (Loire) prévient que le lundi 7 juin 1886, un concours public pour une place de médecin sera ouvert à l'Hotel-Dieu de Lyon. Le concours aura lieu devant le Conseil d'administration assisté d'un jury médical, il durera cinq jours et se composera de cinq épreuves. Le médecin nommé à la suite de ce concours entrera en exercice le 1er juillet 1886. Son traitement sera de 1,500 fr. par an. La durée de ses fonctions est fixée à 20 ans. S'adresser pour les conditions particulières au secrétariat des hospices de Saint-Etienne, rue Valbenoite, 40.

HOSPICE GÉNÉRAL DE TOURS. — Le 17 mai 1886, un concours s'ouvrira à l'hospice général pour un emploi de deux places de chirurgien adjoint à l'hôpital civil. Se faire inscrire au bureau de l'Econome un mois au moins avant l'ouverture du cours.

MISSIONS. — Le Dr LABONNE, licencié ès sciences naturelles, est chargé d'une mission scientifique aux îles Feroë et en Islande, dans le but d'y entreprendre des recherches médicales, zoologiques et botaniques.

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE DE PARIS. — M. Emile BLANCHARD, professeur de zoologie (animaux artriculés), ouvrira ce cours le mercredi 2 décembre, à une heure, dans la galerie de zoologie, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants à la même heure.

M. L. VAILLANT, professeur de zoologie (reptiles et poissons), ouvrira ce cours le jeudi 3 décembre, à une heure, dans la salle des conférences du laboratoire d'herpétologie (ménagerie des reptiles), et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants à la même heure.

NOMINATIONS.— Me RIBARD, docteur en médecine, est chargée de l'inspection du service de la protection du premier âge dans la Seine et la Côte-d'Or, ainsi que du service des enfants assistés dans ce dernier département pour le sexe féminin. Indemnité allouée : 2,000 francs.

M. le Dr LEHETON, ancien interne des hôpitaux, est nommé médecin-adjoint du Dépôt de la Préfecture de police, en remplacement de M. le Dr Ballet, démissionnaire.

FACULTÉS ÉTRANGÈRES. — M. le professeur Huxley vient de donner sa démission de Président de la Société royale de Londres.

UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES. — M. le Dr Van ERMENGEN, est nommé professeur à l'Université de Gand et chargé du cours d'hygiène et bactériologie.

UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES. — *Nomination.* — M. Ch. FIRKET, assistant d'anatomie pathologique à la Faculté de Liège, vient d'être nommé agrégé spécial et chargé d'un cours de bactériologie pathologique.—Nous applaudissons à la nomination de M. Firket, chargé déjà depuis plusieurs années du service des autopsies de la Faculté de Liège, et bien connu du public médical pour ses travaux d'anatomie pathologique.

CRÉMATION. — Les Sociétés médicales ont répondu à l'appel de la Société du Louvre, et le Comité chargé d'étudier l'opportunité de la création d'une Société centrale de Déontologie, compte déjà plus de trente membres. Sa première réunion aura lieu chez moi, rue Bonaparte, n° 1, le dimanche 6 décembre, à 2 heures très précises.

L'INVENTEUR DE LA VACCINATION CONTRE LA RAGE. — On attire l'attention sur le fait que dans une publication médicale allemande, les « *Klinische Anweisungen* » (parue en 1849 à Leipzig), sous le titre de « Rage canine et empoisonnements » il est déjà question de la guérison des morsures de chiens enragés par la vaccination. Le médecin qui employait ce moyen, s'appelait Constantin Hering et vécut à Philadelphie (*Tribune de Genève*, 16 novembre 1885).

NOUVEAU JOURNAL. — Nous recevons un numéro-specimen des « *Archives de pharmacie*, » fondées par d'anciens collaborateurs du *Répertoire de pharmacie*. Ce journal, dirigé par M. C. Crinon, paraitra régulièrement chaque mois, à dater de janvier 1886.

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE.— M. le médecin principal WEBER a été promu au grade de médecin inspecteur dans le cadre du corps de santé militaire, en remplacement de M. Villemin, admis dans la section de retraite.

NÉCROLOGIE. — On annonce la mort de M. le Dr P. THÈVENET (de Paris). — De M. le Dr JUZANX, médecin-major de 1re classe (à Montaut, Landes). — M. H. BOULEY, professeur au Muséum d'histoire naturelle de Paris, président de l'Académie des sciences, ancien président de l'Académie de Médecine, inspecteur général des Ecoles vétérinaires, etc., décédé le 30 novembre, à l'âge de 71 ans; ses principaux travaux ont paru dans le *Dictionnaire de médecine du vétérinaire*, dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* (Dechambre).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie G. MASSON, 120, boulevard S.-Germain

ANNUAIRE STATISTIQUE DE LA VILLE DE PARIS. — Préfecture de la Seine.—Service de la statistique municipale.—Année 1883. Volume in-4 de 989 pages. — Prix : 6 fr.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS — IMP. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71.

13e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. II. N° 50 BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 12 DÉCEMBRE 1885.

Le Progrès Médical

CLINIQUE CHIRURGICALE

Microbes et diathèses (1).

Par le Dr **Ch. ABADIE**

Messieurs,

Le but de ce travail est d'étudier l'influence respective des microbes ou des diathèses sur les complications qui peuvent survenir à la suite des lésions traumatiques ou chirurgicales. Quand je parle de complications, j'entends surtout celles qui prennent leur origine dans la plaie elle-même ; celles qui, s'annonçant d'abord par de la suppuration et par une désorganisation locale, provoquent ensuite des phénomènes morbides dans le voisinage et compromettent non seulement le succès de l'opération, mais encore l'existence même du malade.

Avant de m'engager dans cette question si importante de pathologie générale que je viens discuter devant vous, je tiens à bien en préciser le sens et la portée. Etant donnée une lésion traumatique quelconque, je ne veux pas rechercher de quelle façon l'état diathésique du sujet pourra en être influencé et comment son économie tout entière supportera ce nouvel acte morbide. Je veux étudier simplement comment se comportera chez lui, comment évoluera, comment guérira, la plaie qui vient d'être créée. Pour mieux me faire comprendre, je prendrai un exemple. Un diabétique vient de subir l'amputation du bras, je ne veux pas m'enquérir si, à la suite de cette opération, l'ébranlement général de l'organisme fera augmenter la quantité de sucre dans ses urines, ou l'exposera à succomber à l'acétonémie. Je veux simplement rechercher comment se comportera cette plaie, si elle pourra être réunie par première intention et si elle sera ou non, plus fréquemment que chez un sujet sain, le point de départ d'un phlegmon diffus.

Je laisse aussi dans l'ombre et à dessein ces phénomènes morbides si obscurs et si graves, connus sous le nom de choc opératoire, d'ébranlement nerveux ; la seule question que je cherche à résoudre est celle-ci : les lésions traumatiques se comportent-elles autrement chez les sujets sains que chez les sujets diathésiques.

Je dirai tout de suite que, sans nier absolument l'influence des diathèses sur la guérison des plaies, je n'en fais qu'un facteur tout à fait secondaire, infiniment moins important que le facteur infection microbienne, ou, en d'autres termes, que les complications des plaies dépendent bien plus de conditions extrinsèques à l'individu, que de conditions intrinsèques. Pour donner à ma pensée une forme plus saisissante et plus concrète, je dirai : il est infiniment plus dangereux d'ouvrir l'articulation du genou à l'homme le plus sain sans prendre de précautions antiseptiques qu'au diathésique le plus avéré, dont la plaie sera soigneusement mise à l'abri du contact des germes.

Pour défendre ces idées que je vais développer devant vous, laissez-moi tout d'abord emprunter quelques faits à la chirurgie oculaire. L'œil est un organe admirablement disposé pour élucider ces problèmes complexes et difficiles. En effet, les opérations variées qu'il subit sont très nombreuses et se font sur des sujets âgés, éprouvés par conséquent par les diathèses les plus diverses, rhumatismales, goutteuses, diabétiques.

D'autre part, l'œil constitue un milieu de culture éminemment favorable pour les inoculations microbiennes, à tel point que c'est l'organe généralement choisi chez les animaux qui servent comme réactifs physiologiques. En outre, sur ce terrain opératoire peu étendu, l'observation est facile, le nombre des instruments qu'on emploie très limité et le mode d'exploration très précis.

Or, de l'ensemble des opérations de cataracte, et elles se chiffrent par milliers, il résulte que la constitution du sujet, son état diathésique, sa décrépitude même n'ont qu'une influence à peu près nulle sur les succès ou les revers. Des individus chétifs, misérables, maladifs, d'un âge très avancé, guérissent merveilleusement, et d'autres fois l'extraction de la cataracte faite en apparence dans les meilleures conditions est suivie de suppuration de la cornée et de phlegmon de l'œil. Eh bien, j'ai formulé depuis longtemps déjà cette proposition. Toutes les fois que la plaie *suppure* après l'*opération de la cataracte*, c'est qu'elle a été *infectée* par des *micro-organismes* et l'*état général* du sujet n'y est pour rien.

Cette manière de voir a tout d'abord paru bien révolutionnaire et j'ai eu à la défendre contre les hommes les plus distingués de notre spécialité. Néanmoins à force d'accumuler les preuves, elle a fait son chemin et aujourd'hui elle est généralement acceptée. Depuis qu'on y a pris garde, depuis qu'on a eu soin de désinfecter les instruments, de nettoyer l'œil avant et après l'opération avec le plus grand soin, de tarir, après un traitement approprié, la suppuration du sac lacrymal ou des voies lacrymales, on opère indistinctement un grand nombre de diathésiques et les suppurations deviennent de plus en plus rarissimes.

Autre particularité bien importante et qui montre bien que la suppuration tient à des causes toutes locales, indépendantes de la constitution du sujet. Avant l'introduction des pansements antiseptiques dans la chirurgie oculaire, jamais ou presque jamais, la plaie ne suppurait après l'iridectomie. Pourtant le traumatisme, dans cette opération, est au moins aussi grand qu'après la discission de certaines cataractes molles où l'acte opératoire, quoique presque insignifiant, était parfois suivi d'un phlegmon de l'œil. A quoi tiennent ces différences ? c'est que dès qu'on touche au cristallin, la constitution de l'humeur aqueuse est changée ; elle renferme plus de matières albuminoïdes, elle devient un milieu de culture plus favorable aux microbes, milieu comparable, jusqu'à un certain point, aux préparations de sérum gélatinisé, employées aujourd'hui pour les études de bactériologie. La suppuration, dans les plaies oculaires, tient donc, vous le voyez, à des conditions tout à fait extrinsèques à l'individu et indépendantes de son état général.

(1) Communication faite au *Congrès français de chirurgie*.

Mais, me direz-vous, et c'est évidemment là l'objection qu'on ne manquera pas de me faire, en est-il de même pour les grands traumatismes ? Il me sera facile de répondre. Lorsqu'on parle de maladies infectieuses d'origine microbienne, leur gravité dépend, non pas de l'étendue de la plaie, mais bien de l'organe, de la région qui est intéressée. L'ouverture minime de la gaîne des fléchisseurs du pied ou de la main, faite et soignée sans pansements antiseptiques, sera autrement grave qu'une perte de substance énorme qui n'intéressera que la peau et les masses musculaires de la cuisse. Je ne crains pas du reste d'aborder les faits relatifs à la grande chirurgie et il me semble qu'il est facile d'en trouver qui plaideront en faveur de la thèse que je soutiens. Prenons la diathèse urique et les lésions rénales calculeuses. Ne voyons-nous pas tous les jours se multiplier les cas où l'intervention chirurgicale motivée pour mettre un terme à une pyélo-néphrite calculeuse des plus graves a sauvé la vie du malade. Récemment encore, M. Le Dentu présentait à l'Académie de médecine un rein calculeux extirpé avec succès dans ces conditions.

S'agit-il de maladies du foie? mais les succès de jour en jour plus nombreux de la cholécystotomie semblent prouver que l'extirpation de la vésicule biliaire, encombrée par des calculs, est une des plus brillantes opérations de la chirurgie moderne.

Quant aux tuberculeux, aux cancéreux, entendons-nous bien à leur égard. Je n'ai pas l'intention d'examiner et de discuter si, par exemple, l'ablation d'une tumeur cancéreuse du testicule ou de l'œil aura pour résultat d'aggraver la situation du malade et de provoquer dans le premier cas une généralisation hâtive dans les ganglions pelviens et mésentériques, et dans l'autre, une repullulation rapide vers la profondeur de l'orbite et de la cavité crânienne. C'est là un problème pathologique que je place en dehors de la discussion présente et qui ne pourra être résolu que par l'histologie pathologique appliquée à la clinique. Ce que je tiens à dire, c'est qu'au point de vue de la guérison de la plaie opératoire elle-même, l'influence diathésique est presque négligeable.

Dans ses remarquables leçons cliniques sur la tuberculose, M. le Dr Debove a cité des faits qui m'ont bien frappé. Prenez, disait-il, un tuberculeux arrivé au dernier degré de marasme, et par conséquent diathésique au dernier point, si diathèse il y a. Eh bien, appliquez-lui des cautères, créez chez lui des plaies artificielles, et ces plaies se comporteront comme des plaies simples. Si, par contre, chez l'individu le plus sain, on appliquait sur le derme mis à nu des produits tuberculeux, il y aurait à craindre une infection de la plaie et de l'économie tout entière. Je n'ai qu'à rappeler du reste les nombreux succès obtenus aujourd'hui par l'évidement et le raclage des os atteints de foyers considérés comme tuberculeux.

Chez les cancéreux, je citerai le magnifique succès obtenu récemment par M. Socin, de Bâle, chez une femme atteinte de cancer de l'estomac, arrivée au dernier degré de marasme. Après la résection du pylore, cette malade recouvra la santé et revint à ses occupations professionnelles. Au bout de 14 mois, récidive, sous forme d'une masse adhérente à tous les organes voisins et inopérable. On fit alors l'abouchement d'une portion d'intestin grêle dans l'estomac. Récupération des forces, alimentation de nouveau possible, survie qui dure encore depuis six mois. Voilà, ce me semble, des faits qui prouvent qu'on peut opérer les cancéreux, sans voir surgir des complications opératoires d'ordre infectieux.

Messieurs, entre ceux qui attribuent une grande influence aux diathèses sur la destinée des malades atteints de lésions traumatiques et ceux qui la nient, il y a une grave cause d'erreur et de malentendu qu'il me paraît indispensable de dissiper. Lorsqu'à la suite d'une opération, des complications surgissent, lorsque des phénomènes généraux éclatent, que la situation empire et que finalement la mort arrive, ces phénomènes morbides sont attribués parfois à un état général antérieur, alors qu'il s'agit pourtant de septicémie, mais d'une septicémie insidieuse, modifiée dans sa forme, dans ses allures, rendue méconnaissable, peut-être par le fait du traitement et des agents antiseptiques employés. La cause de la mort cherchée par quelques-uns dans un état diathésique dans une désorganisation viscérale préexistante n'est souvent que le résultat d'un envahissement de l'organisme par des microbes pathogènes.

C'est ainsi que, dans les néphrites infectieuses, si bien étudiées par M. Bouchard, l'albuminurie est secondaire et ne doit pas être considérée comme la cause de la mort. Le rein est devenu malade mais il ne l'était pas avant d'avoir été envahi par les micro-organismes ou les produits morbides qu'ils secrètent. De même pour les dégénérescences graisseuses du foie, les collections purulentes de la plèvre qui, à l'autopsie, sont considérées comme primitives et ne sont parfois que secondaires.

Récemment, Lister, dont j'invoque ici l'autorité, faisait une lecture au Collège royal des chirurgiens de Londres, à propos des faits suivants : Deux de ses malades, amputées du sein, avaient eu des pleurésies purulentes mortelles. Pour lui, l'origine de ces complications n'était nullement dans un état diathésique des sujets, dans une affection pulmonaire antérieure, mais bien dans une infection microbienne, et il restait convaincu qu'il y avait lieu de perfectionner encore les pansements antiseptiques. A la suite de l'énucléation du globe oculaire, de temps à autre, des malades succombent à des accidents méningitiques, sans aucune lésion ni dans les poumons, ni ailleurs. Ils ne présentent pas les signes classiques de l'infection purulente, mais néanmoins c'est bien une infection microbienne qui est la cause de leur mort. Le point de départ a été la plaie de l'orbite, mais en raison du voisinage immédiat de la cavité crânienne, le cerveau et les méninges sont envahis tout d'abord, et la mort arrive avant que d'autres désorganisations viscérales aient eu le temps de se produire.

D'autre part, l'emploi des antiseptiques peut modifier les allures de la maladie.

Au lieu de l'infection purulente à grand fracas, avec frissons, abcès métastatiques dans les poumons, collections purulentes dans les articulations, il y a des formes larvées plus difficiles à reconnaître ; les malades sont emportés par des complications pulmonaires qui ne présentent que les caractères d'une congestion excessive.

De même aujourd'hui, quand à la suite de l'opération de la cataracte, la plaie suppure, en employant de suite les antiseptiques, nous n'empêchons pas toujours le processus morbide d'évoluer et d'aboutir à une désorganisation complète des membranes profondes de l'œil, mais nous n'avons plus de véritables phlegmons.

Si réellement l'influence microbienne joue un si grand rôle dans la pathogénie de ces complications des plaies, comment faudra-t-il agir ?

Il faudra surtout s'attacher à éviter les inoculations au moment de l'opération et aussi pendant toute la durée de la cicatrisation de la plaie. Au moment même de l'opération, l'infection des surfaces mises à nu peut avoir lieu de plusieurs manières différentes, soit par les instruments, les aides, les pièces de pansement ; soit enfin par l'atmosphère.

Je n'insisterai pas longtemps sur le nettoyage des instruments, les soins de propreté, les liquides antiseptiques qui doivent être employés. Aujourd'hui, la plupart des chirurgiens sont d'accord sur ce point et suivent plus ou moins à la lettre les indications qui ont été données par Lister. Mais il est un point sur lequel je tiens à insister : je veux parler de la pureté plus ou moins grande du milieu ambiant pendant l'opération. A mes yeux ce facteur, qu'on néglige trop, a une grande importance. Si, en effet, au moment même où elle est créée, la plaie est infectée, les antiseptiques, sous quelque forme que ce soit, ne seront pas toujours assez puissants pour empêcher des complications graves.

C'est précisément cette intervention des germes de l'atmosphère qui explique les contradictions, les polémiques qui s'élèvent encore entre les partisans et les adversaires des théories microbiennes. C'est elle qui explique pourquoi certains chirurgiens, malgré l'emploi des pansements antiseptiques, ont encore des revers, tandis que d'autres, avec des pansements simples, comptent des succès, les uns se trouvant placés tout simplement dans des milieux moins encombrés de germes que les autres.

Remarquez, du reste, que ces querelles de doctrine, ces controverses, rappellent celles qui se sont élevées au sujet de la génération spontanée. Pasteur n'a eu raison de ces adversaires qu'en allant au sommet des Alpes trouver une atmosphère absolument dépourvue de germes, où tous ses bouillons de culture restèrent définitivement stériles. Parmi les expériences mémorables qui ont servi à trancher définitivement cette question en apparence insoluble, nous devons en retenir quelques-unes pour en faire notre profit.

Pasteur prenait, par exemple, des séries de 20 flacons, renfermant des bouillons de culture stérilisés et les ouvrait tous à des altitudes différentes. Au fur et à mesure qu'il atteignait des altitudes plus élevées, où l'air devenait de plus en plus pur, le nombre de flacons qui restaient stériles augmentait de plus en plus.

Je vous rappellerai encore l'expérience célèbre de Tyndall, dans les caves de l'observatoire de Greenwich. Après avoir enduit le sol de glu, les germes, dans cet air peu agité, descendirent lentement et se fixèrent au sol ; dans ce milieu devenu optiquement pur, les substances organiques mettaient un temps infini à se putréfier. Eh bien, il en est de même pour les plaies ; plus nous nous rapprocherons d'une atmosphère dépourvue de germes, plus nous aurons de succès ; la suppuration serait inconnue si, chose idéale, nous opérions dans un milieu optiquement pur.

Il nous parait donc indispensable qu'il y ait, dans chaque hôpital, une salle spéciale exclusivement consacrée aux opérations, dans laquelle on n'entrerait qu'après avoir pris certaines précautions et où l'air ne pénétrerait qu'à travers des ouvertures munies de couches d'ouate, à travers lesquelles il serait filtré.

Messieurs, cette étude de pathogénie sur les complications des plaies comporte encore quelques applications importantes. Si, après une lésion traumatique quelconque, la suppuration se montre ; si l'inflammation gagne dans son voisinage et prend un caractère menaçant, ce n'est pas dans l'état général du sujet qu'il faut en rechercher la cause, c'est dans les conditions locales, et c'est aussi localement qu'il faut agir. Il me serait facile d'énumérer nombre de cas où l'action du chirurgien, concentrée sur la plaie elle-même, a sauvé la vie du malade.

Parmi les observations les plus probantes, je citerai celle de M. Demons, à la Société de chirurgie, où une phlébite, venant compliquer un phlegmon chronique du bras, accompagnée d'accidents généraux extrêmement graves, qui semblaient devoir être mortels, fut enrayée par des cautérisations énergiques au chlorure de zinc. De même un malade de M. Terrillon qui, à la suite d'une arthrite purulente du genou, était déjà sous le coup d'une infection purulente, fut sauvé par l'amputation de la cuisse. Lorsqu'après l'opération de la cataracte, les lèvres de la plaie cornéenne sont grisâtres, infiltrées de pus, que faisions-nous, jadis, pour éviter le phlegmon de l'œil ? Nous donnions des médicaments toniques, nous appliquions des sangsues aux tempes, des cataplasmes, et malgré tout, nous avions presque constamment une suppuration totale de l'organe.

Aujourd'hui, cette thérapeutique désastreuse a complètement changé, et je puis dire que j'ai contribué, dans une certaine mesure, à cette transformation. En présence d'une telle complication, je cautérise les lèvres de la plaie avec le galvano-cautère ; je fais des lavages continus avec des solutions d'acide borique ou de sublimé, et tout aussitôt la suppuration s'arrête, la cornée conserve sa transparence et l'œil est le plus ordinairement sauvé.

Messieurs, je suis de ceux qui croient qu'on peut opérer impunément les diathésiques, et je reste convaincu que la chirurgie s'attaquera de plus en plus aux organes, aux viscères, dont les altérations jettent un trouble profond dans l'économie. En songeant à l'immense avenir qui lui est réservé dans cette voie, on ne peut se défendre d'un sentiment d'admiration envers l'homme qui a le plus contribué à ces progrès. J'ai nommé notre illustre Pasteur.

CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIQUES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE. — **M. H. LELOIR.**

Leçons sur la Syphilis (1);

Professées à l'hôpital Saint-Sauveur.

Je termine cette étude du diagnostic du chancre par son diagnostic différentiel avec deux affections qui souvent sont confondues avec lui et dont le diagnostic est parfois des plus difficiles. Je veux parler du diagnostic du chancre infectant avec le chancre simple (chancrelle) et avec l'herpès.

b. Diagnostic avec le chancre simple. — Laissant de côté les signes diagnostics tirés de ce fait que le chancre simple ne siège pour ainsi dire jamais à la tête, laissant de côté les signes tirés de l'évolution ultérieure de

(1) Voir *Progrès médical*, nos 11, 12, 16, 17, 20, 21, 25, 27, 29 33, 35, 38 41 et 49.

la lésion, de la confrontation, je mets devant vos yeux le tableau suivant tiré des leçons de Fournier sur la syphilis chez la femme, tableau dans lequel les caractères différentiels du chancre simple et du chancre infectant sont admirablement résumés.

	Chancre simple.	*Chancre syphilitique.*
I. Nombre de lésions.	Presque toujours multiple, souvent même confluent ;	Souvent unique, rarement multiple, jamais confluent ;
II. Physionomie de l'ulcère.	1° Ulcère vrai ; creux, excavé ;	1° Lésion habituellement plate, souvent élevée et papuleuse ; rarement ulcéreuse ;
	2° Bords à pic, abrupts, décollés ;	2° Pas de bords, contour adhérent, souvent élevé en couronne ;
	3° Fond inégal, anfractueux, vermoulu ;	3° Fond lisse, verni, luisant, irisé ;
	4° Teinte jaunâtre, d'un ton clair, animé ;	4° Teinte grise ou rouge (chair musculaire), d'un ton sombre, foncé ;
	5° Sécrétion abondante de pus véritable.	5° Sécrétion minime, séro-sanieuse plutôt que purulente.
III. Etat de la base.	Base molle ou ne présentant qu'une rénitence inflammatoire diffuse.	Base indurée à des degrés divers.
IV. Ganglions.	Pas de bubon ou bubon inflammatoire (simple ou chancreux).	Bubon constant (indolent, non inflammatoire, le plus souvent poly-ganglionnaire).
V. Criterium expémental.	Pus inoculable au malade.	Pus non inoculable au malade.

Selon moi, on peut ajouter à ces signes différentiels que le chancre infectant n'est pas transmissible (jusqu'ici tout au moins) aux animaux, tandis que la chancrelle peut être transmise à certains animaux, bien que avec difficulté d'ailleurs. En outre, dans certains cas, je pense que l'examen histologique des produits de raclage de la surface de la région peut être d'une certaine utilité au point de vue du diagnostic. S'il s'agit d'un chancre infectant à érosion grise, diphthéroïde, vous trouverez, ainsi que je vous l'ai montré dans les produits de raclage, des débris de fausses membranes provenant de l'altération cavitaire d'une partie de l'épithélium qui recouvre la surface du chancre. Dans le chancre simple, au contraire, comme il y a ulcération; comme jamais à la surface de cette ulcération il n'existe de réticulum épithélial, vous trouverez simplement dans les produits de raclage des cellules lymphatiques plus ou moins altérées, des débris dissociés de tissu conjonctif du derme, mais pas de fausse membrane, pas de réticulum épithélial.

Les préparations et les dessins suivants vous montrent combien la chancrelle diffère au point de vue histologique du chancre infectant. Comparez cette figure qui représente une coupe de chancre simple, comparez-la avec les figures précédentes de chancre infectant et les caractères différentiels anatomiques de ces lésions vous sautent immédiatement aux yeux.

Mon maitre, le professeur Cornil, a parfaitement établi le parallèle des caractères anatomiques du chancre infectant et du chancre simple dans ses leçons sur la syphilis. Voici ce qu'il dit : « D'un côté, dans le chancre infectant, nous notons la sclérose du tissu dermo-papillaire et l'épaississement des parois des vaisseaux. L'épithélium superficiel et le corps muqueux sont en partie conservés.... la sécrétion, peu abondante, contient un nombre relativement minime de cellules lymphatiques. Au contraire, dans le chancre simple, nous avons un cratère béant résultant de la destruction rapide, complète des couches superficielles et profondes de l'épiderme, et de la fonte suppurative progressive des couches papillaires et dermiques. Les papilles, le tissu conjonctif du derme et le tissu sous-dermique se transforment en un tissu de bourgeons charnus dans lequel les vaisseaux ne sont nullement sclérosés, dans lequel la charpente fibreuse se dissocie et se détruit. »

Vous voyez donc qu'entre les deux chancres la différence est absolue : l'un est une tumeur, un syphilôme érodé ou ulcéré; l'autre est un ulcère Cependant, dans certains cas, rares d'ailleurs et dont vous avez pu cette année voir un bel exemple dans le service, le chancre simple, par suite de circonstances qu'il reste à déterminer, peut prendre l'aspect papuleux. Dans ces cas, ainsi que vous l'avez vu chez notre malade, les chancres simples se présentaient sous la forme de petites papules rouges, grandes comme des lentilles. Les unes n'étaient nullement érodées; les autres présentaient à leur centre soit une petite pustule, soit une érosion grisâtre cupuliforme.

L'excellente aquarelle que je fais passer sous vos yeux, faite par M. Nollet, élève du service, donne une idée exacte de ces lésions à ceux d'entre vous qui n'ont pas vu le malade. Mais les papules de ce chancre simple n'étaient pas indurées, mais l'on trouvait en outre à la face interne du prépuce et dans la rainure balano-préputiale des chancres simples caractéristiques, mais les ganglions inguinaux engorgés ne présentaient pas les caractères de l'adénopathie primaire, et enfin l'inoculation des lésions papuleuses nous a donné un résultat positif. La connaissance de ces chancres simples papuleux peu connus est d'une grande importance diagnostique, et il est possible que des cas de ce genre aient pu servir d'arguments aux unicistes. Cette observation sera publiée.

Dans le diagnostic différentiel précédent du chancre simple avec le chancre infectant, j'ai peu insisté sur ce caractère différentiel majeur de la possibilité constante, de l'inoculation du chancre simple à son porteur et de la non-inoculabilité du chancre infectant à son porteur. Oui, Messieurs, mille fois oui, on peut dire que toujours le chancre simple, la chancrelle, est inoculable à son porteur, et cela, non pas une fois, deux fois, cent fois, mais à l'infini ; je n'en veux pour preuve que les auto-inoculations d'Auzias-Turenne, de Lindworm (qui, pour arriver à la syphilisation qu'il cherchait en vain, s'inocula plus de 2,200 chancres).

Vous avez pu d'ailleurs vous-mêmes constater dans mon service que jamais la chancrelle d'inoculation ne manque lorsque l'inoculation est bien faite. Au contraire, le chancre infectant n'est pas inoculable à son porteur, et cette dernière proposition peut être posée comme une règle absolue, ainsi que vous avez pu le constater également dans le service (1). Donc, Messieurs, oui, encore mille fois oui, ce caractère de la non auto-inoculabilité du chancre infectant est d'une importance majeure et peut être considéré comme pathogno-

(1) Dans certains cas exceptionnels un chancre infectant pris au début semble avoir été réinoculé à son porteur : cas de Wallace, Lindworm, Puche, Bœck, Bidenkap, Diday, 1 de Sperino, 1 de Bumm, 5 de Pontoppidam de Copenhague (voir à ce sujet la leçon de Diday, sur *l'éradication de la syphilis* (*Semaine médicale*, 1884) ; et le travail de Pontoppidam, de Copenhague (*Annales de Dermatologie*, 25 avril 1885, page 193.)

monique. Cependant, il faut vous méfier d'une cause d'erreur possible. Dans certains cas, le pus du chancre infectant inoculé à son porteur peut produire une pustule, laquelle peut ou bien avorter au bout de quelques jours ainsi que vous en avez vu des cas dans mes salles, ou bien se rompre et laisser à sa suite une sorte d'ulcération plus ou moins persistante. Cette ulcération consécutive peut parfois simuler un chancre simple, à tel point que Clerc, qui le premier a attiré l'attention sur ce fait lui a donné le nom de chancroïde. Ricord, dans ses leçons sur le chancre, a publié quelques observations qui tendraient à prouver que ce chancre à base molle des sujets syphilitiques peut, ou bien se transmettre sous forme de chancre simple, ou bien se transmettre à un sujet sain sous forme de chancre infectant.

Je ne veux pas insister plus longuement sur cette question, qui a été le point de départ de nombreuses argumentations de la part des unicistes. Il me paraît probable que la question peut se résumer de la façon suivante ; lorsque l'on tient compte de l'existence et de la fréquence relativement fréquente du chancre mixte démontrée en premier par Rollet ; lorsque l'on se rappelle les expériences de Vidal, de Pick, etc., sur les lésions consécutives à l'inoculation de certains pus; et enfin les très intéressantes recherches de Tarnowsky sur l'irritation et l'appel des syphilômes.

Je m'explique : Lorsque l'inoculation du chancre syphilitique au porteur produit chez celui-ci une ulcération rappelant celle du chancre simple, il est probable que le chancre sur lequel ont été recueillis les produits d'inoculations n'était autre chose qu'un chancre mixte. Si alors on inocule les produits de ce chancre à base molle de ce chancroïde, de ce chancre d'inoculation à un sujet sain, deux cas pourront se présenter : ou bien l'inoculation donnera naissance seulement à un chancre simple, ou bien le chancre d'inoculation au sujet sain sera suivi de syphilis constitutionnelle. Dans ce dernier cas, il est plus que probable que le chancre simple d'inoculation chez le premier sujet porteur de chancre mixte, a déterminé par sa présence, par irritation, l'appel d'un syphilôme plus ou moins perceptible cliniquement. Il n'y a pas là, à proprement parler, de chancre nouveau, mais appel d'un syphilôme par irritation. On conçoit très bien que des parcelles de ce syphilôme plus ou moins apparent, et parfois peut-être du sang, puissent reproduire un chancre infectant lorsqu'on les inocule à un sujet sain.

Lorsque l'inoculation des produits de sécrétion d'un chancre syphilitique produit sur le porteur de ce chancre une pustule ecthymateuse éphémère pouvant être suivie parfois d'une érosion ou d'une ulcération plus ou moins durable, comme vous en avez constaté des exemples dans mes salles, que se passe-t-il? Il se produit un phénomène analogue à celui que l'on observe en inoculant du pus de pustule d'ecthyma ou d'impétigo, comme l'a bien montré E. Vidal, puis Tanturri; ou lorsque l'on inocule un pus quelconque, comme l'a bien montré mon ami le professeur Pick, de Prague. En un mot, il se produit une pustule d'ecthyma simple, une suppuration intra-épidermique par inoculation de pus simple. Vous en avez vu des exemples dans mes salles et à ma polyclinique. Ce sont là des lésions qui n'ont rien de spécifique; mais l'on conçoit très bien que cette lésion simple puisse, par son irritation, selon les remarques de Tarnowski, déterminer *in situ* l'appel d'un syphilôme; et que les produits de ce syphilôme, mélangés à ceux de cette suppuration intra-épidermique simple, puissent, quand on les inocule à un sujet sain, produire un chancre infectant. Ce sont là des questions très intéressantes que nous étudions en ce moment, comme vous le savez, dans notre service, et qui pourraient donner matière à une thèse. Vous voyez que le diagnostic différentiel du chancre simple avec le chancre infectant nous a entraîné un peu loin.

b). Abordons maintenant un diagnostic non moins difficile, je veux parler du *diagnostic du chancre infectant avec l'herpès*. Ce diagnostic différentiel est de la plus haute importance comme vous le constatez presque journellement. Le tableau suivant, tiré des leçons de M. Fournier, vous sera d'un grand secours.

	Herpès.	*Chancre.*
Trois signes différentiels presque constants.	1° Pas de retentissement ganglionnaire ;	1° Adénopathie constante (indolente, dure, persistante, généralement poly-ganglionnaire) ;
	2° Base souple, sans induration ;	2° Base indurée ;
	3° Contour polycyclique de l'érosion, constitué par des segments réguliers de petites circonférences ;	3° Contour ne présentant jamais les segments réguliers de petites circonférences propres à l'herpès :
Evolution.	1° Limitation rapide ;	1° Limitation moins rapide ;
	2° Cicatrisation hâtive;	2° Cicatrisation plus lente (en général).
Signes non constants, de valeur moindre.	1° Lésion prurigineuse (ardeur, feu local au début) ;	1° Lésion absolument indolente, aprurigineuse ;
	2° Erosions habituellement multiples ;	2° Lésion souvent unique ou multiple à un degré moindre que l'herpès ;
	3° Erosions d'étendue minime, souvent miliaires ;	3° Lésion en général plus étendue que l'herpès ;
	4° Erosions généralement plus superficielles que le chancre.	4° Lésion en général moins superficielle que l'herpès.
Cause d'erreur à éviter.	Coïncidence possible de l'herpès et du chancre.	

Mais, Messieurs, dans certains cas, assez fréquents comme vous l'avez vu, lorsqu'il s'agit d'herpès solitaire à érosion unique, véritable herpès chancriforme simulant certains chancres nains, une partie des signes énumérés dans le tableau précédent pourront vous manquer et le diagnostic devenir des plus difficiles. Vous avez même vu récemment que l'herpès génital peut retentir sur les ganglions inguinaux (1).

Dans ce cas, je considère comme très important de rechercher avec soin les caractères suivants, dont je vous ai montré la grande utilité sur un grand nombre de malades de mes salles des femmes et des hommes, signe qui n'a pas été indiqué, que je sache, par les auteurs. (J'ai publié sur ce sujet une note dans le *Journal des connaissances médicales* : H. Leloir, sur « *deux caractères cliniques d'une grande utilité au point de vue du diagnostic du chancre syphilitique avec l'herpès, etc.* (*Journal des connaissances médicales*, 3 avril 1885).

(1) Dans plusieurs cas il a produit un engorgement ganglionnaire non douloureux, multiple, mais ne présentant pas peut-être la dureté spécifique de l'adénopathie du chancre infectant. Dans un cas, chez une femme de Saint-Côme, il a produit une adénopathie suppurée du pli inguinal droit.

Voici ces signes :

Prenez un chancre nain, pressez-le entre vos doigts aussi longtemps que vous voudrez, vous ne ferez pas sourdre plus de liquide à sa surface qu'il n'y en a ordinairement. C'est à peine si cette surface sera vernissée par une mince couche de liquide.

Prenez au contraire une érosion d'herpès, d'herpès solitaire dans le cas actuel, pressez-la entre vos doigts, et vous ferez sourdre à sa surface une gouttelette d'un liquide séreux, transparent, de couleur ambrée, analogue à la sérosité de certains eczémas. Essuyez cette gouttelette, pressez de nouveau, vous ne tarderez pas à voir sourdre une nouvelle gouttelette de liquide. Essuyez encore, puis pressez encore, nouvelle gouttelette. Et ainsi de suite. Ceci, Messieurs, vous ne l'observerez pas dans le chancre : dans cette variété de chancre nain, qui peut être confondue avec cette variété d'herpès solitaire, chancriforme.

Donc, dans le chancre, pas ou peu de suintement, ce suintement n'est pas exagéré par la pression, une fois essuyé, il ne se reproduit qu'avec la plus grande difficulté. Dans l'herpès, au contraire, suintement ; suintement bien plus abondant, augmenté par la pression et se reproduisant abondamment par la pression un grand nombre de fois. Vous pouvez vous-mêmes juger de la valeur de ce signe sur les malades que je fais passer devant vous.

Ce fait me semble pouvoir être interprété histologiquement de la façon suivante. Dans l'herpès, par suite de l'hyperémie neuro-paralytique, il y a œdème hyperémique localisé et plus ou moins accentué du derme, parfois de l'hypoderme, etc., dilatation vasculaire. Dans le chancre, rien de semblable, il y a néoplasme dur avec sclérose vasculaire parfois. Donc, dans l'herpès, lorsque vous comprimez la base de la lésion élémentaire, vous faites sourdre à la surface de l'érosion, le liquide de l'œdème localisé du tégument, le suc de la lésion, si j'ose m'exprimer ainsi. Dans le chancre, au contraire, rien de semblable, il n'y a pas de liquide d'œdème, il n'y a pas de suc que vous puissiez exprimer à la surface de la lésion, il n'y a qu'un néoplasme dur, résistant, incompressible et sans suc exprimable pour ainsi dire (1).

Parfois, Messieurs, ainsi que vous l'avez vu chez quelques malades de nos salles, l'œdème localisé du derme peut produire sous l'érosion herpétique, une sorte d'induration simulant de très près l'induration superficielle de certains chancres nains, induration dont la limitation peut très bien induire le clinicien en erreur. Mais si vous saisissez entre les doigts cette pseudo-induration de l'herpès vous arrivez, au bout de quelque temps, par une pression forte et prolongée à la malaxer, à la modeler pour ainsi dire entre vos doigts, à la déformer, à l'aplatir. Saissez au contraire l'induration du chancre, serrez-la autant et aussi longtemps que vous voudrez, vous n'arriverez pas à la modeler, vous ne la déformerez pas. On pourrait donner à ces signes le nom de « *signes de l'expression du suc.* » Les signes précédents dont je viens de vous donner la raison anatomo-pathologique, sont applicables au diagnostic de tous les syphilômes avec certaines lésions de la peau pouvant les simuler, ainsi que je l'ai montré dans une note sur la nature et l'anatomie pathologique de l'érythème polymorphe publiée en avril 1884 à la Société anatomique. (*Progrès médical*, 1884).

Enfin, Messieurs, parfois la biopsie, en vous permettant de faire l'examen histologique de la lésion, vous sera d'une certaine utilité au point de vue du diagnostic différentiel. Remarquons en passant que, *contrairement à ce que nous avons vu pour le chancre simple, l'examen des produits de raclage de la surface de l'érosion ne pourra pas vous servir dans ce diagnostic différentiel.* Car, dans le chancre syphilitique gris, de même que dans l'érosion herpétique grise, il y a formation d'un réticulum épithélial par altération cavitaire à la surface de l'érosion.

Après cette longue étude, Messieurs, vous pourriez vous croire en droit de poser toujours d'une façon absolue le diagnostic du chancre. Eh bien, n'oubliez pas que le syphilôme primaire *singe* bien des lésions et que bien des lésions singent le syphilôme primaire. N'oubliez pas, surtout s'il s'agit d'un cas de médecine légale, que, ainsi que l'a bien dit Fournier, « on ne peut poser le diagnostic du chancre par le chancre. » Les caractères de l'adénopathie eux-mêmes ne suffisent pas non plus, comme nous le verrons, pour poser ce diagnostic. En un mot, méfiez-vous, et si l'on demandait de vous un certificat médico-légal, attendez, avant de donner votre opinion, l'explosion des accidents secondaires. (*A suivre.*)

(1) Lorsque le chancre syphilitique repose sur un tissu œdematié, comme vous l'avez vu dans plusieurs cas de chancre du prépuce, le liquide de l'œdème suinte par l'érosion chancreuse. C'est là une cause d'erreur de diagnostic dont il faut se méfier, comme je vous l'ai déjà dit.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Le prochain Congrès médical international.

Les médecins du monde entier sont conviés périodiquement, tous les trois ans, à de grandes assises internationales qui aident puissamment au progrès et à la diffusion des sciences médicales. En 1884, c'est la capitale du Danemark, la ville de Copenhague, qui donnait l'hospitalité à ces *Etats-Généraux* du monde médical. En 1887, c'est à Washington, capitale des Etats-Unis d'Amérique, que le prochain Congrès médical international doit se réunir. Or, depuis plusieurs mois, les journaux américains nous apportent incessamment les échos de discussions intestines qui pourraient bien, si elles persistaient ou s'aggravaient, compromettre le succès du Congrès ou le rendre impossible. C'est dans le *Journal of the American medical association* publié à Chicago, que nous trouvons les détails les plus complets sur la discorde qui règne dans le camp de nos confrères des Etats-Unis. Les autres journaux de médecine ont également pris part à la polémique qui divise la presse autant que les médecins depuis plus de 6 mois et qui n'est pas encore éteinte à l'heure où nous écrivons. Citons parmi ces journaux qui, d'ailleurs, sont loin d'accepter le point de vue présenté par l'organe officiel de l'Association médicale américaine : le *New-York médical journal*, le *Philadelphia medical Times*, le *Boston medical and surgical journal*, le *Louisville medical news*, le *Maryland medical journal*, le *Medical Record de New-York*, etc., etc., sans parler des feuilles anglaises et allemandes qui ont daigné s'occuper de cette affaire.

A notre tour, nous allons essayer de mettre nos lecteurs au courant de ces événements qui intéressent le

corps médical de tous les pays, puisqu'ils mettent en jeu l'existence du futur Congrès international, et qui, de plus, sont de nature à nous renseigner sur les mœurs et les relations professionnelles des médecins américains.

Au mois de mai 1884, l'Association médicale américaine, qui a des ramifications dans tous les Etats et Territoires de l'Union, et qui paraît être la plus importante des Sociétés médicales du Continent américain, adopta la résolution suivante, sur la proposition de son président, le Dr Austin Flint, clinicien bien connu et praticien très honorable. Une commission de huit membres dont faisait partie M. Austin Flint, devait se rendre à Copenhague et proposer, au nom de l'Association américaine, Washington comme lieu de réunion du prochain Congrès. Cette invitation fut faite et acceptée, nos lecteurs s'en souviennent, et les médecins présents à Copenhague se donnèrent rendez-vous, en quittant la capitale du Danemark, dans la capitale des Etats-Unis.

Le Comité des *huit* qui avait reçu de l'Association médicale américaine pleins pouvoirs, non seulement pour inviter, mais encore en cas d'acceptation, pour aviser à toutes les mesures d'organisation préliminaire, revint en Amérique et se mit immédiatement à l'œuvre. Il commença par s'adjoindre un certain nombre de nouveaux membres, conformément aux droits que son mandat lui conférait et se réunit à Washington, le 29 novembre 1884 pour poser les bases de l'organisation du Congrès de 1887. C'est alors que les difficultés commencent et que la polémique s'engage entre les différents organes de la presse médicale américaine. Certains journaux critiquent les choix faits par le comité et lui reprochent son esprit de coterie. D'autres l'approuvent et lui reconnaissent le droit d'aller de l'avant sans consulter l'Association médicale qui l'avait nommé. Le temps faisant défaut au Comité général pour l'accomplissement de sa tâche, il choisit dans son sein une Commission exécutive de 5 membres qui devait faire un rapport et convoquer le Comité général à la Nouvelle-Orléans, au moment de la réunion de l'Association médicale, c'est-à-dire au printemps de 1885. Le comité exécutif n'ayant pas jugé cette convocation opportune, passa outre et se mit à publier les résultats des travaux préparatoires qui vinrent ainsi alimenter les polémiques engagées dans les journaux. C'était là évidemment une procédure fâcheuse, une sorte d'abus de pouvoir qui ne pouvait qu'accroître les difficultés naissantes. Suivant l'opinion du journal de l'Association médicale américaine, il était convenable que le Comité général se réunît à la Nouvelle-Orléans pour se retremper au sein de l'Association dont il émanait et dont il s'était imprudemment affranchi. Il est curieux de voir en effet un Comité, délégué par une vaste et puissante association, méconnaître aussi légèrement son origine et refuser avec tant d'insouciance toute entrave et tout contrôle. Sans doute cette manière de procéder a le double avantage d'abréger les formalités et de hâter l'exécution du programme ; mais aussi les responsabilités encourues n'étant pas partagées sont plus lourdes et le succès final est compromis. En dehors de cette question de procédure qui prête à la critique, deux erreurs graves auraient été commises par le Comité général d'organisation : la première erreur doit être imputée au premier Comité des *huit* qui, à Washington, dans le choix qu'il fit des membres nouveaux, aurait violé les règles qui doivent présider à ces élections. La seconde faute commise aurait été la répartition arbitraire des différentes places d'honneur du Congrès et des Sections. L'Association médicale américaine voulant réparer le mal et ressaisir une autorité qui lui échappait et que lui refusait une bonne partie de la presse médicale, ordonna la nomination de 38 membres pris dans tous les états et territoires, dans l'armée, la marine, etc. Son but, en promulguant une fournée de nouveaux membres du Comité, était d'assurer une répartition équitable des fonctions et des places afin de rendre le Comité vraiment *national*, c'est-à-dire représentant la profession médicale tout entière, les 50,000 médecins des Etats-Unis, et non pas quelques coteries et quelques villes de l'Union. Le *coup d'Etat* de l'Association a soulevé une opposition formidable qui s'est traduite par des articles virulents dans les journaux de New-York, de Philadelphie, de Boston, etc. Cependant, le Comité, ainsi renouvelé et refondu, se réunissait à Chicago, le 24 juin 1885. Etaient présents, 25 des 38 nouveaux membres et 3 de l'ancien Comité; total : 28. M. Beverley Cole (St-Francisco) est nommé président, M. Lynch (Baltimore) est nommé vice-président et M. Shœmaker (Philadelphie) secrétaire. Le Comité prend le titre de *Commitee of arrangements* et nomme un sous-comité d'étude de 9 membres. Le lendemain, ce sous-comité présente un rapport, quelques changements sont apportés aux présidences des sections : New-York qui avait 5 présidents et Philadelphie 4, n'en conservent que 3 pour chaque ville; 2 fauteuils sont réservés à Chicago, 1 à Cincinnati, 1 à Saint-Louis, 1 à Louisville, 1 à New-Orléans, 1 à Rome, 1 à Baltimore, 1 à Boston et un au Corps médical militaire.

Le journal de l'Association médicale américaine approuve les résolutions adoptées à Chicago, tandis que les journaux de Philadelphie, de Baltimore, de Boston, etc., les critiquent vivement. Un nouveau meeting du comité d'organisation s'est réuni à New-York le 3 septembre 1885; il a poursuivi l'œuvre commencée à Chicago sous les auspices de l'Association, et les règles qu'il a adoptées pour l'organisation du futur Congrès sont conformes à celles qui ont servi pour les congrès de Londres et de Copenhague. Nous rappellerons à nos lecteurs que tous les médecins étrangers sont admis gratuitement, tandis que les médecins américains paient 10 dollars (50 fr.) de cotisation; les langues officielles pour les communications sont : l'anglais, le français et l'allemand. Un grand nombre de journaux américains continuent à blâmer la composition et les actes du comité d'organisation; ils parlent d'usurpation et d'*esprit de corps*. Nous ne sommes pas bien placés pour juger sainement ces divergences et pour faire la part des responsabilités; nous ne connaissons que les articles publiés dans les journaux et nous ignorons les *dessous de cartes*. Aussi nous nous gardons de prendre parti dans le débat; contentons-nous d'en signaler la gravité au point de vue de l'avenir du Congrès de

1887 et faisons appel à la concorde, qui n'aurait pas dû cesser de régner chez nos confrères des Etats-Unis. Ce besoin d'union et de concentration des efforts de tous les médecins américains pour assurer le succès du prochain Congrès international s'est fait déjà sentir chez nos confrères et s'est traduit par quelques sages résolutions. La *North Eastern* et la *North Western Ohio Medical Association* (Journal of the medical Association, 15 août 1885) ont voté et publié l'appel suivant : « Les membres de ces associations blâment et désapprouvent toute action ou toute parole d'un membre quelconque de la profession médicale aux Etats-Unis qui tendrait à créer, à perpétuer, à encourager la discorde dans l'œuvre d'organisation du Congrès international ; ils considèrent qu'il n'y a pas de question de personne ou d'état qui puisse légitimer le trouble et les embarràs jetés dans l'œuvre du comité, et qu'il est du devoir de tous de concourir à l'harmonie et à l'accomplissement de l'œuvre commune, au succès de laquelle chaque membre de la profession médicale aux Etats-Unis est intéressé. » Nous ne pouvons qu'approuver ce langage en principe, tout en faisant des réserves sur les faits, *imparfaitement connus de nous*, qui ont motivé le dissentiment.

Que résultera-t-il de cette querelle ? Est-elle de nature à compromettre réellement le succès du Congrès ? Si les tiraillements que nous avons signalés persistaient, il est bien évident que les médecins européens hésiteraient longtemps avant de traverser l'Atlantique et d'accepter l'hospitalité d'un corps médical si profondément divisé. Il serait donc bien désirable, à tous les points de vue, qu'un accord ou du moins une trève se fit entre nos confrères des Etats-Unis. Il y va d'abord de la bonne renommée des médecins américains, et ensuite de l'avenir des relations médicales entre l'Europe et l'Amérique. Le Congrès de 1887 est appelé, en effet, à multiplier ces relations dans une large mesure, et cela au bénéfice des deux continents.

Sans parler ici du côté matériel et économique qui n'est pas indifférent, qui niera le rôle civilisateur des congrès internationaux ? Les congrès internationaux sont à la science ce que les expositions internationales sont au commerce et à l'industrie des peuples. Ils multiplient les relations scientifiques, ils resserrent les liens qui unissent les savants de tous les pays, ils aident à la diffusion des idées et des découvertes ; ils ne marquent pas seulement les étapes du progrès, ils concourent réellement à ce progrès. C'est pour toutes ces raisons générales que nous faisons appel à l'union et à la concorde ; il serait d'autant plus fâcheux de constater l'avortement du Congrès de Washington, que la grande nation américaine a tout ce qu'il faut pour donner à ce congrès un éclat égal ou supérieur à celui de ses aînés.

Dr J. Comby.

École de médecine et de pharmacie d'Alger. — M. Cochez, docteur en médecine, délégué dans les fonctions de chef de clinique obstétricale à l'Ecole de médecine et de pharmacie d'Alger, est nommé chef de clinique obstétricale à ladite Ecole. — M. Ramakers, docteur en médecine, prosecteur à l'Ecole de médecine et de pharmacie d'Alger, est nommé chef de clinique chirurgicale à ladite Ecole, en remplacement de M. Mouttet, dont le temps d'exercice est expiré.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 30 novembre 1885. — Présidence de M. Jurien de la Gravière.

M. le vice-président Jurien de la Gravière annonce à l'Académie la mort de son président, M. Bouley, décédé ce matin même. Il rappelle en termes émus la carrière si bien remplie d'Henry Bouley, son entier dévouement à la science et la généreuse ardeur avec laquelle, compté parmi les grands maîtres, il s'est fait le disciple d'un confrère illustre, dont l'Académie l'a vu, mortellement frappé déjà par un mal que son expérience jugeait sans faiblesse, saluer avec une admiration touchante la récente et grande découverte. La séance publique est levée immédiatement en signe de deuil. L'Académie se forme en comité secret.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 5 décembre 1885. — Présidence de M. P. Bert.

M. le Secrétaire général lit le discours qu'il a prononcé aux obsèques de M. Bouley.

M. Le Président annonce que d'après l'avis du Bureau la séance est levée en signe du deuil que cause à la Société la mort de deux de ses membres : M. Rabuteau et M. Bouley qui fut vice-président.

Elections. Le 12 décembre, élection d'un membre titulaire.

Gilles de la Tourette.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 8 décembre 1885. — Présidence de M. Bergeron.

M. Leblanc fait la lecture du discours qu'il a prononcé, au nom de l'Académie, sur la tombe de M. Henri Bouley.

M. Leblanc formule les conclusions du rapport qu'il a présenté récemment à l'Académie *sur la rage* : L'Académie de médecine, considérant l'accroissement notable des cas de rage constatés en 1884 et en 1885, tant à Paris que dans les départements, pense qu'il y a lieu de solliciter de M. le Ministre de l'agriculture, l'application des mesures suivantes : 1° Assurer l'exécution stricte des articles de la loi du 21 juillet 1881 et du règlement d'administration publique visant la rage, spécialement de ceux qui prescrivent la déclaration des cas de rage, l'abattage des animaux mordus, le port du collier règlementaire et la mise en fourrière des chiens errants. 2° Rendre générale et uniforme l'organisation du service des épizooties, déclaré obligatoire par l'article 38 de la loi, et placer ce service sous la direction d'un vétérinaire départemental assisté d'un nombre limité de vétérinaires départementaux. 3° Faire cesser, à dater du 21 juillet 1887, l'ajournement de l'article 12 défendant aux empiriques de traiter les animaux atteints de maladies contagieuses.

M. Dujardin-Beaumetz appuie les propositions de M. Leblanc, mais ne s'illusionne nullement sur les difficultés inhérentes à leur application. Depuis le commencement de l'année il y a 20 cas de rage à Paris. Afin d'obvier à de semblables accidents chez l'homme, il conviendrait de faire la guerre aux chiens errants, de surveiller scrupuleusement le paiement de l'impôt sur les chiens, d'exiger que ces animaux soient tenus en laisse, etc...

M. Le Fort voudrait que le contrôle de l'impôt sur les chiens s'établît en rendant le port du collier obligatoire, ce collier étant muni d'une médaille délivrée par l'autorité le jour de la déclaration. Cette médaille serait renouvelée tous les ans.

M. Vulpian fait une communication sur l'emploi du *salicylate de lithine dans le traitement du rhumatisme.* — Le salicylate de lithine paraît aussi efficace que le salicylate de soude contre le rhumatisme articulaire aigu, et

les accès aigus de goutte. Alors que le salicylate de soude, dirigé contre les manifestations articulaires du rhumatisme aigu, a produit des résultats favorables, mais incomplets, le salicylate de lithine peut les compléter en faisant disparaître les derniers vestiges de cette fièvre. Bien plus, le salicylate de lithine serait plus actif dans le traitement des formes du rhumatisme, dans lesquels les tissus fibreux sont surtout atteints; il en serait de même dans le traitement du rhumatisme articulaire subaigu progressif. Ce médicament amène un réel soulagement dans le rhumatisme articulaire chronique primitif. — La dose active pour le salicylate de lithine est de 4 grammes par jour pour un adulte, quelquefois de 4 gr. 50 à 5 gr. Les phénomènes d'intolérance ne se produisent que lorsqu'on porte la dose à 5 gr. ou à 5 gr. 50 (1).

M. Desnos présente une *étude sur quelques nouveaux purgatifs*: la baptisine, la sanguinarine, la juglandine, la phytolaccine. Toutes ces substances ont été administrées sous forme de pilules, à la dose de cinq à dix centigram. La baptisine et la juglandine sont des laxatifs qui peuvent rendre des services incontestables, mais la phytolaccine est plus sûre dans ses effets et exempte d'inconvénients.

A. Josias.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 9 décembre 1885. — Présidence de M. Duplay.

M. Berger fait un rapport sur un travail de M. Segond : *Note sur un cas d'imperforation congénitale de l'hymen.* Sous ce titre modeste est présenté un mémoire complet et fort bien écrit, résumant l'étude des cas analogues observés jusqu'ici, des indications qu'ils comportent, des accidents qui peuvent les compliquer et de leur traitement. M. Segond eut recours chez sa malade au procédé de l'évacuation rapide de la poche sanguine, sous le chloroforme; en prenant de grandes précautions de douceur dans l'évacuation et les lavages antiseptiques, il obtint un beau succès. Les conclusions du rapport de M. Berger reproduisent celles de l'auteur, à cette seule exception que le rapporteur pense qu'il est préférable de ne point endormir la patiente.

M. Lucas-Championnière qui a opéré deux cas avec succès est d'avis que le chloroforme doit toujours être administré, car l'opération est douloureuse et souvent on est obligé de procéder à la restauration du vagin incomplètement développé. Il ne croit point aux dangers des lavages, mais se garde d'employer l'acide phénique qui, sur une aussi large surface, peut donner lieu à des accidents d'absorption : ses préférences sont pour l'iodoforme dans cette opération facile et sans dangers.

M. Gillette ayant eu à traiter deux cas analogues, a eu recours à l'évacuation rapide et n'a point eu d'accidents. Il insiste sur la nécessité de faire les injections avec une grande douceur, et rappelle le cas de Lorain où le liquide pénétra par la trompe dans le péritoine. Pour éviter la réunion des lèvres de l'incision, M. Gillette conseille de faire celle-ci au thermo-cautère.

M. Guéniot demande ce qu'est devenu l'utérus après l'opération, s'il ne s'est pas abaissé, étant donné la grande et longue distension qu'ont subie ses ligaments.

M. Berger répond que la malade a été revue trois mois après l'opération et qu'il n'est point fait mention de la descente de l'utérus; il rappelle d'ailleurs que, dans le cas de M. Segond, le vagin seul était dilaté.

Plaies du rachis. — M. Berger fait un très intéressant rapport sur une observation de *plaie du rachis par incision transversale*, communiquée à la Société par M. Kirmisson. A la suite d'un coup de couteau dont la lame était restée fichée dans le rachis, le blessé présentait une paralysie complète de la motilité et une paralysie incomplète de la sensibilité. M. Kirmisson retira la lame avec un davier et les accidents cessèrent. Il y avait eu plaie du rachis, mais non section de la moelle. Cependant, celle-ci avait sans doute été contusionnée, car le blessé présentait encore, au bout de quelques mois, un certain degré de paraplégie. — Suivent les rares observations analogues et des considérations générales sur les traumatismes du rachis et de la moelle.

M. Gillette cite un cas dans lequel il y eut paralysie, escharres, accidents graves; cependant le blessé guérit, en conservant toutefois une paraplégie incomplète. Il y avait eu sans doute hémisection de la moelle.

Récidive des kystes de l'ovaire. — M. Terrillon communique une nouvelle observation de récidive d'un kyste ovarien. Le premier kyste était multiloculaire, mince, sans végétations, à contenu gélatineux; il se rompit au cours de l'opération. Quelques mois après un nouveau kyste nécessita une nouvelle ovariotomie; le deuxième kyste était encore multiloculaire, mince, souple, sans épaississements ni végétations. En même temps, on constata la présence de nombreux kystes sur le péritoine et l'intestin. M. Terrillon pense qu'il y avait eu greffe par le liquide gélatineux épanché lors de la première opération. Il remarque que les conditions de la récidive sont difficiles à préciser tant est grande la complexité histologique de ces tumeurs.

M. Terrier, qui a rencontré des cas semblables, voit dans la complexité histologique même, une raison de craindre la récidive.

M. Peyrot communique une très intéressante observation de trépanation du crâne.

M. Schwartz présente une artère fémorale liée au niveau du canal de Hunter pour un anévrysme poplité. L'opéré succomba le dix-septième jour à une attaque d'asystolie avec urémie. L'autopsie a montré que la circulation avait complètement cessé dans l'anévrysme et le tronc tibio-péronier; on a pu voir aussi que le catgut, qui s'était résorbé, avait coupé complètement les trois tuniques artérielles.

Paul Poirier.

SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE

Séance du 3 décembre 1885. — Présidence de M. Dureau.

M. Manouvrier présente de la part du Dr Riu le cerveau d'une femme âgée de 53 ans, aliénée mélancolique, morte de péritonite développée autour d'un corps fibreux utérin. Il existe à la surface de ce cerveau une tumeur fibreuse du volume d'une noix, développée dans la dure mère et qui s'est creusé une loge en déprimant la surface du tiers moyen de la pariétale ascendante. Pendant la vie on n'a observé aucun trouble moteur, ni sensitif.

M. Letourneau donne lecture d'un travail de M. Deloncle sur les tatouages birmans et hindous. De nombreuses figures accompagnent ce mémoire; l'auteur donne l'explication des figures, leur signification; il décrit les ornements, les scènes mythologiques qu'ils représentent.— A ce sujet, M. Foley fait remarquer que les tatouages autour des organes génitaux n'existent en Polynésie que chez les femmes nobles. En Perse au contraire d'après M. Duhoussey ils ne se voient que chez les femmes des classes inférieures.

M. Deniker, ayant eu à sa disposition une série de 14 crânes de gorille de différents âges, a pu étudier en détail le développement du crâne chez ces anthropoïdes. Les points d'ossification sont les mêmes chez le gorille que chez l'homme, mais l'ordre de leur apparition est différent. Les points frontaux sont en avance comparativement à ceux de l'homme; pour les régions occipitales et mastoïdiennes au contraire ils sont en retard. Quant à la fermeture des sutures; la frontale se ferme chez le gorille plus tôt que chez l'homme, tandis que dans les régions occipitales et mastoïdiennes les sutures ne se ferment que plus tardivement. Quant aux fontanelles, elles se ferment dans l'ordre suivant: celle du lambda puis celle du ptérion puis la bregmatique et enfin l'astérique la dernière. Il résulte donc de ces observations que le développement de l'encéphale se fait chez le gorille bien plutôt en arrière et vers la base qu'en avant; c'est l'inverse de ce qui se passe chez l'homme. Cette dissemblance ne se manifeste qu'à partir de l'époque d'apparition de la première molaire; jusque-là le développement se fait de la même façon chez le gorille que chez l'homme. Mais à partir de ce moment les deux crânes se différencient très rapi-

(1) Voir *Manuel des injections sous-cutanées*, p 187.

dement : chez l'anthropoïde l'occipital prend un grand développement, la région maxillaire augmente rapidement aussi ; plus tard enfin l'occipital recule encore en arrière, la crête si marquée se dessine et s'accentue bientôt, puis le maxillaire inférieur se redresse et s'avance fortement en avant.

M. MANOUVRIER fait remarquer qu'il a déjà démontré que chez le gorille le développement du front s'arrête de bonne heure, tandis que le reste du crâne continue à se développer surtout en arrière et vers la base ; chez l'homme le développement du crâne se fait également dans tous les sens.

M. DAILLY considère que le mode de développement indiqué par M. Deniker correspond à ce que Gratiolet avait signalé pour l'évolution comparative des crânes des races supérieures et ceux des races inférieures. Chez les premières, les sutures fronto-pariétales se fermeraient les dernières ; chez les dernières au contraire elles s'oblitéreraient en premier lieu ; c'est assez exactement ce qui se passe chez les anthropoïdes. A ce sujet M. MANOUVRIER fait observer que chez l'homme la fontanelle frontale se ferme la dernière et presque la dernière chez le gorille. Quant aux sutures, ce sont les sutures mastoïdiennes qui se ferment les dernières chez l'homme comme chez les anthropoïdes.

M. DUHOUSSEY pense qu'il faut aussi prendre en considération l'écartement des deux branches du maxillaire inférieur. Avant l'apparition de la canine, la mâchoire de l'enfant ressemble beaucoup à celle du gorille ; mais dès ce moment les différences s'accentuent et deviennent rapidement considérables.

La Société procède ensuite à l'élection de son bureau pour l'année 1886. Sont nommés : président : M. LETOURNEAU ; 1er vice-président : M. MAGITOT ; 2e vice-président : M. POZZI ; secrétaire général adjoint : M. GIRARD DE RIALLE ; 1er secrétaire : M. MANOUVRIER ; 2e secrétaire : M. HERVÉ ; conservateur des collections : M. CHUDZINSKY ; archiviste : M. DALLY ; trésorier : M. DE RANSE ; membres de la commission de publication : MM. DUVAL, DUREAU LAGNEAU et CAPITAN.—L. CAPITAN.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

XVII. De l'emploi des sels oléiques en médecine; par le Dr SHOEMAKER.

XVIII Sur l'emploi du permanganate de potasse ; par le Dr SHOEMAKER.

XIX. Traitement de l'asphyxie ; par M. Benjamin HOWARD.

XVII. Ces substances qui sont entrées tout récemment dans le domaine de la thérapeutique ont fourni le sujet d'un cours à l'hôpital de Westminster (Londres), par M. le Dr Shoemaker, du Jefferson Medical College, Pensylvania (Etats-Unis). Il a commencé le cours par une étude sur les défauts des sels oléiques fabriqués jusqu'à présent, qui n'étaient pas de véritables sels oléiques, mais tout simplement des solutions d'acide oléique et des différentes bases. En outre, comme on a tiré l'acide oléique dont on s'est servi de « l'huile rouge » des fabricants de chandelles, ces solutions contenaient toujours une grande quantité d'acide oxy-oléique et d'autres produits qui ont tous un effet irritant sur la peau. Il a fait allusion aux premières descriptions de ces sels par Chevreul et plus tard (en 1872) à leur classification plus exacte par Attfield et Marshall, et enfin leur véritable combinaison chimique décrite par le Dr Shoemaker lui-même devant la Société médicale de l'Etat de Pensylvanie, en 1879. Il prétend non seulement avoir éloigné les désavantages se rattachant à l'usage des anciens sels oléiques, mais il affirme qu'il a pu obtenir des sels oléiques d'un caractère chimique précis au lieu des produits peu stables et incertains mis dans le commerce jusqu'ici. Il nous dit aussi qu'il tire l'acide d'une autre source, et de cette façon qu'il l'obtient pur et dans une condition favorable à la formation de sels oléiques avec n'importe quel métal. Le docteur a insisté en passant sur le peu de valeur des hydrocarbures provenant du pétrole, comme bases pour les divers cérats et onguents, les graisses animales ayant une affinité beaucoup plus prononcée pour les tissus animaux que ces premières substances, et pénétrant beaucoup plus facilement et complètement l'épiderme et les glandes. Il dit avoir pu démontrer cela par une série d'expériences faites pendant plusieurs années, soit dans le laboratoire sur les animaux, soit dans les salles d'hôpital, où, dans une série de cas, il s'est servi des hydrocarbures (huile de pétrole) comme base, et dans un autre groupe, où le saindoux servait de base. Les résultats ont démontré que l'absorption a eu lieu beaucoup plus rapidement et plus efficacement dans les cas où on a employé le saindoux que dans les autres. Il a remarqué en passant que les sels oléiques alcaloïdaux n'avaient qu'une action purement locale ; on n'en retrouvait aucune trace dans les sécrétions. Par exemple, l'oléate de quinine, si préconisée dans les maladies palustres par certains médecins, a été absolument sans effet entre ses mains et n'a aucune espèce d'influence sur la marche de la maladie. La vératrine, employée de la même façon, l'a démontré d'une façon encore plus évidente.

M. Shoemaker a parlé ensuite des différents sels oléiques en particulier, le premier étant l'oléate d'aluminium. Celui-ci se prépare par la décomposition du sulfate d'aluminium par l'oléate de soude ; le résultat est une poudre qui, mélangée avec une substance graisseuse, fournit un onguent qui rend de grands services dans les écoulements muco-purulents de la peau, comme par exemple dans l'intertrigo des seins ou des organes génitaux, et comme pansement pour les brûlures. On s'en sert dans la proportion de 1 à 10 pour 100.

L'oléate d'arsenic est une substance rougeâtre et pâteuse, qui, mélangée avec du saindoux, dans la même proportion, produit un effet légèrement escharotique, très utile dans le traitement des épithéliomes, des lupus ulcérés et dans les vieux ulcères chroniques. — L'oléate de bismuth est une substance onctueuse et perlée, qui se prête très bien comme application émolliente dans les diverses formes d'acné rosacée, sycosis, etc. — L'oléate de cadmium est une masse jaunâtre qui, mélangée dans la proportion de 1 à 5 pour 100, a une action astringente presque escharotique; on l'a beaucoup employé dans le traitement des hypertrophies glandulaires et dans les épaississements de la peau. — L'oléate de cuivre est une préparation verte qui, mélangée dans la proportion de 5 à 15 pour 100, fournit un produit pharmaceutique très élégant qui sert surtout contre la teigne tonsurante, le favus et pour le cloasma (tinea versicolor) ; le sel, employé seul, fondu et étendu sur la peau, est très utile lorsque l'épiderme se trouve épaissi, comme pour les cors, etc. — L'oléate de fer est une substance rougeâtre, avec une action styptique, et on s'en sert pour les brûlures arsénicales. L'oléate de plomb est très semblable en apparence à l'oléate de cadmium et fournit un onguent préférable sous tous les rapports à l'onguent de litharge et qui rend de grands services dans les diverses variétés d'eczémas. — Les oléates de mercure sont très utiles dans le traitement des taches pigmentées et des affections parasitaires, et lorsqu'on désire employer la méthode d'onction mercurielle pour la syphilis. — L'oléate d'argent est une substance pulvérulente brûlante qui, comme onguent, est très efficace dans le traitement des ulcères, surtout ceux dans la région fessière, provenant d'un séjour trop prolongé au lit, dans le décubitus dorsal, des démangeaisons, de l'érysipèle, et pour les vieux ulcères scléreux des jambes. — Le dernier et le plus important des oléates est l'oléate de zinc, une poudre blanche, perlée et impalpable ; diluée avec une poudre émolliente comme de l'amidon, c'est une poudre de toilette incomparable, surtout dans les cas de séborrhée oleosa, pour l'intertrigo ; comme onguent, il est très utile contre l'eczéma, l'hyperhidrose et la bromhidrose. M. le Dr Murrell l'a beaucoup employé, dit-il, et avec succès.

XVIII. De nombreuses expériences ont été faites dans ces derniers temps avec ce sel, afin de démontrer quelle peut être son utilité comme agent thérapeutique. Ces expériences ont d'ailleurs fourni la matière à plusieurs articles très intéressants parus dans les journaux médicaux anglais et américains, notamment la *Lancet*, le *Medical Times*

(Philadelphie) et le *Medical Press*. Il en ressort que ce sel, outre ses attributs désodorants et désinfectants, est utile dans beaucoup d'affections comme médicament interne. Son effet, lorsqu'on l'applique en solution concentrée sur la morsure d'un serpent venimeux, serait d'en détruire complètement le poison. On a essayé de l'utiliser dans le même but en injections sous-cutanées, mais sans y parvenir, la quantité de sel ainsi absorbé étant trop minime pour avoir un effet utile, ce sel n'étant d'ailleurs qu'un antidote *chimique* et non physiologique du poison. Toutefois, son action sur les piqûres ou morsures d'insectes est immédiate et efficace. Dans une solution de 1/2 à 1 pour 100, il rend de grands services comme injections dans la blennorrhagie, la leucorrhée et pour les bubons suppurants. Il est aussi très utilement employé comme poudre pour les chancres mous et phagédéniques.

Comme médicament interne, il est essentiel que la solution ne soit pas trop concentrée et que la dose ne soit pas trop élevée, autrement une irritation gastrique pourrait en résulter. Si l'on ne dépasse pas 1 centigramme par dose, ce résultat n'est pas à craindre. On a nié la possibilité de l'absorption de ce sel à cause de la facilité avec laquelle il se décompose, en contact avec les matières organiques. Or, le résultat des expériences a démontré d'une façon péremptoire que cette absorption peut avoir lieu et produire les effets physiologiques du sel.

Puisque les avantages théoriques de son emploi se rattachent à l'oxygène ou plutôt à l'ozone qui se dégage lors de sa décomposition, il est à la fois désirable et intéressant de savoir au juste quels sont les effets de cet agent. Les recherches récentes de Binz (*Berliner klin. Wochenschrift*, n° 43, 1882) sont d'un intérêt particulier à ce sujet. Il nous apprend que l'ozone a une action hypnotique, un effet calmant sur le système nerveux central, dû, d'après ce qu'il croit, à une impression sur les cellules du centre cérébral. Sur lui-même, il a éprouvé les effets suivants : sa respiration est devenue plus profonde et plus facile, et il avait cette sensation de bien-être que produit l'air pur de la campagne sur une personne saine et vigoureuse; plus tard, une envie de dormir le prenait, avec une lourdeur de tête et de la fatigue.

Les effets stimulants du permanganate de potasse sont démontrés par son emploi comme emménagogue, propriété énoncée en premier lieu par les médecins anglais Ringer et Murrell. Quand l'aménorrhée est due à la torpeur, à l'anémie ou au manque d'activité fonctionnelle de l'appareil menstruel, ce sel est préconisé, donné en doses de 50 milligr. à 1 centigr., trois fois par jour pendant quelques jours avant l'époque. Il est contre-indiqué s'il y a congestion aiguë ou inflammation.

Son emploi est préconisé également dans les cas de catarrhe gastrique chronique, accompagné de décomposition fermentative des aliments. Le pyrosis et les éructations acides sont arrêtés promptement. Comme son effet doit se borner aux contenus de l'estomac on doit l'exhiber deux ou trois heures après les repas.

Lorsque le catarrhe s'étend jusque dans le duodénum et envahit les conduits biliaires, ce remède a donné des résultats très satisfaisants; il empêche la fermentation, agit salutairement sur les muqueuses malades et surtout facilite l'oxydation des tissus qui se métamorphosent, et tout en stimulant le métabolisme, aide à consumer d'une façon normale les détritus de l'organisme.

L'acide urique dans l'urine, sous l'influence du permanganate de potasse, est changé en urée, la forme dans laquelle on le trouve ordinairement. Il s'en suit que ce doit être un remède efficace dans les affections lithiaires et aussi dans la glycosurie hépatique, et ici l'expérience clinique confirme encore une fois les observations physiologiques. Son utilité dans le diabète est surtout démontrée dans les cas où il paraît se former une surabondance de matière glycogène, dont la combustion ne se fait qu'imparfaitement. Il est indiqué aussi dans l'obésité, et sous son influence les substances superflues, qui actuellement sont converties en graisse, sont oxydées et brûlées.

Le sel se décomposant très facilement, exige de grands soins dans sa préparation et dans son administration. La meilleure manière est de le donner dans de l'eau pure ou dans des tablettes comprimées (Wyeth tablets).

La solution doit être très diluée et donnée à jeun. Une petite dose donnée fréquemment remplace avantageusement la même quantité donnée moins souvent en doses plus fortes. Les tablettes s'administrent de la même manière, et on doit les faire suivre d'assez d'eau pure pour les dissoudre.

XIX. Les détails suivants sont l'application d'une méthode de traitement de l'asphyxie, qui repose sur les avantages de la position déclive de la tête pour favoriser la respiration :

I. *Secours a donner aux noyés.* — 1° *Immédiatement* placer le noyé la face contre terre, avec un rouleau de linge ou d'habits formant billot sous son ventre; un bras



Fig. 112.

sous son front pour empêcher sa bouche de toucher le sol. Presser de tout son poids deux ou trois fois, pendant quatre à cinq secondes chaque fois, sur le dos du noyé, de façon à expulser l'eau de ses poumons et de son estomac (fig. 112); —2° Le retourner *rapidement* sur le dos, avec le



Fig. 113.

rouleau sous lui, à la hauteur des dernières côtes, et laisser sa tête se renverser le plus possible. Alors, saisissant le bas de la poitrine *découverte*, pousser les deux côtés l'un contre l'autre en pressant *graduellement* en avant de tout son poids; ce mouvement doit durer environ trois secondes, jusqu'à ce que la bouche de l'opérateur arrive presque jusqu'à celle du noyé. Alors, donnant une poussée, se relever *brusquement*. Continuer ainsi, en répétant ce mouvement de soufflet très régulièrement huit à dix fois par minute, pendant au moins une heure, ou jusqu'à ce que la respiration naturelle soit rétablie. Il faut prendre garde de troubler la première respiration spontanée, qui est faible. Si ces mouvements spontanés de respiration sont rares, continuer les mouvements de soufflet dans les intervalles. *Quand la respiration est devenue régulière*, faire des frictions sèches, envelopper le malade dans des couvertures chaudes, lui donner des gorgées d'une boisson spiritueuse chaude et le laisser reposer.

II. *Asphyxie des nouveau-nés.* — Cette même méthode s'applique aux nouveau-nés. Elle a pour avantages de pouvoir être employée aussi bien avant qu'après la section du cordon; concurremment avec tout autre moyen (insufflation, bains chauds, etc.); enfin les mouvements peuvent être continués très longtemps sans aucune fatigue.

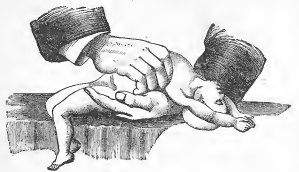


Fig. 114.

THÉRAPEUTIQUE

Guérison des névroses convulsives en Italie,

Par M. le professeur DARINI GIUSEPPE

Dans un voyage récent à Paris, j'ai été frappé des résultats obtenus dans le traitement des névroses convulsives par le bromure de potassium administré d'une certaine façon. Je pense donc faire un acte utile en résumant ici ce que j'ai observé dans les hospices spéciaux que j'ai attentivement visités.

J'ai vu un certain nombre de malades en proie à des convulsions épileptiques, hystéro-épileptiques, hystériques et cholériques, ne plus ressentir du tout l'atteinte de leur mal. Les médecins leur avaient prescrit tout simplement une dose moyenne de 3 à 6 grammes de bromure de potassium chimiquement pur, chaque jour, pendant huit ou dix mois, un an ou dix-huit mois, sans jamais associer le sel bromique à une autre préparation médicamenteuse. C'est le sel bromique à base potassique qui seul conduit au succès. Le fait n'est contesté par personne. Voici d'ailleurs la loi clinique et thérapeutique qui est promulguée chaque jour à Paris par les médecins qui s'occupent de neurologie: « 1° les névroses convulsives, à la suite d'un traitement bromuré progressif et non discontinué, sont guéries dans la moitié des cas, et sensiblement améliorées dans un quart des cas; 2° le bromure de potassium doit être d'une grande pureté chimique et il ne doit être associé à aucun autre médicament. »

Le bromure de potassium est presque introuvable à l'état de pureté chimique; aussi est-il resté entre les mains de quelques rares spécialistes. D'après ce que j'ai remarqué, le sirop de Henry Mure, qui s'exporte partout aujourd'hui et que nous prescrivons beaucoup en Italie, est tout à fait en possession de la confiance publique. Je lui dois personnellement quelques beaux succès dans ma pratique, et, en particulier, la guérison du fils d'un de nos plus savants confrères, atteint d'épilepsie depuis l'âge de sept ans. Ce jeune homme est actuellement élève en médecine et n'a rien éprouvé à partir de 1879.

Le sirop de Henry Mure n'est pas seulement la ressource enviée et suprême des épileptiques; mais il conduit, à ma connaissance, à des résultats très précieux contre l'hystéro-épilepsie, l'hystérie et la chorée. Nous avons peut-être à nous reprocher de n'avoir pas mis ces malades en traitement pendant des siècles et de les avoir un peu trop abandonnés à eux-mêmes. Le remède est maintenant à côté du mal. A Milan, à Florence, à Rome et à Naples, nous avons tout à fait accepté la méthode française, et nous nous en trouvons bien.

Un médecin distingué de Londres, en rendant compte l'an dernier du Congrès de Copenhague, a émis à ce sujet l'opinion si autorisée que voici: « A l'étranger, dit-il, la fantaisie s'est malheureusement introduite dans la thérapeutique des névroses convulsives. On s'est mis, par exemple, sous le prétexte que le bromure de potassium réussissait très bien, à imaginer des associations malencontreuses de bromure de potassium avec la belladone, le camphre, le zinc, le fer, la picrotoxine, l'arsenic ou le chloral; on a substitué au bromure de potassium primitif le bromure de sodium, le bromure de cadmium, d'ammonium, de calcium, de lithium, de fer, d'argent, de cuivre ou d'or, et l'on a enfin proposé une association de plusieurs bromures, des tribromures ou des polybromures! Le plus grand désordre règne dans ces travestissements d'un médicament hors ligne, si justement appelé par Gubler le sulfate de quinine des névroses convulsives.

Il est bien démontré aujourd'hui que le bromure de potassium est d'autant plus actif qu'il est administré seul, et qu'il est d'autant moins efficace qu'il est associé à un autre médicament, même à un autre bromure alcalin. Que l'on prescrive, en effet, du bromure de sodium ou d'ammonium à un épileptique ou à un hystérique, et l'on n'arrive qu'à un résultat absolument négatif. A quoi bon alors associer deux substances inertes à un médicament des plus actifs? »

Le sulfate de quinine se prescrit seul, les sels mercuriques se prescrivent seuls, et tous les médicaments héroïques se prescrivent seuls. Les associations laissent une prise énorme au hasard et à l'inconnu, et elles constituent des produits bâtards et sans sanction.

Croit-on que le sirop de Henry Mure serait parvenu, dans le traitement des névroses convulsives, à un succès aussi considérable dans le monde entier, s'il eût été capricieusement composé d'agents divers? En aucune façon. Les médecins de tous les pays savent que ce sirop renferme un bromure de potassium exceptionnellement pur, que chaque cuillerée à bouche contient mathématiquement deux grammes de sel, que cette préparation a déterminé des guérisons partout, et ils la prescrivent avec une entière confiance. Tout le secret est là.

(*Gazette des hôpitaux*).

CORRESPONDANCE

La Faculté de médecine de Jassy.

Jassy, 27 novembre 1885.

Monsieur le Rédacteur,

La *Faculté de médecine de Jassy* a été fondée il y a 6 ans par M. le *Dr Cretzulesco*, alors ministre de l'Instruction publique et pas par M. Sculy qui n'a été tout simplement que *chargé de cours*, de même que MM. Poni, Stravolea et Cosmovici: ces trois derniers étant dès cette époque professeurs titulaires à la Faculté des sciences.

Actuellement en fait de professeurs nommés par voie du concours, la Faculté n'en possède que *deux* (pas de professeur titulaire de clinique): *M. Peride* qui n'a été interne des hôpitaux de Paris — ni titulaire, ni provisoire — et le sous-signé. — Il est vrai aussi que la Faculté est en voie de formation, car presque tous les professeurs ne sont que suppléants et le résultat des concours décidera sur les places définitives. J'oubliais de vous dire que M. le Dr Ciure, doyen de la Faculté, est professeur définitif de médecine légale à la Faculté de droit et qu'à ce titre il remplit les fonctions de doyen de la Faculté de médecine, faisant le même cours pour les étudiants en droit et en médecine.

Recevez etc..., Dr NEGEL.

Lettre de Vienne.

Vienne, 30 novembre 1885.

Monsieur le Rédacteur,

La session d'hiver de la Société médicale império-royale de Vienne a été ouverte par une nouvelle communication de M. Riehl, ex-assistant de M. le professeur Kaposi, sur une nouvelle forme de tuberculose de la peau qu'il a découverte et à laquelle il a donné le nom de « *Tuberculosis verrucosa cutis.* » *On connaît déjà* trois formes de tuberculoses de la peau, *la tuberculose miliaire sous-cutanée* qui a été décrite d'abord

par Jarisch, puis le « *Scrofuloderme* et le *Lupus* considérés par la plupart des auteurs comme de nature tuberculeuse, à cause des (tubercules) bacilles qui ont été trouvées dans ces affections. La quatrième forme de tuberculose de la peau observée par le Dr Riehl présente les symptômes suivants : Des plaques rondes avec des excroissances verruqueuses se forment sur les mains et les avant-bras; au bord de ces plaques, apparaît d'abord un érythème ressemblant à un « halo », sur la surface duquel se forment des pustules qui à la fin s'ouvrent et se transforment en croûtes. La peau d'abord lisse devient tuberculeuse et inégale, et après quelques semaines on peut observer des excroissances papillaires couvertes de masses cornifiées, et en même temps noter une évacuation momentanée de pus par les espaces intra-papillaires. Les masses épidermiques deviennent tout à fait cornifiées et l'épiderme ressemble dans ce stade à des papilles cornifiées; quelques mois après les masses cornifiées tombent en laissant une cicatrice réticulée d'une couleur blanche. M. Riehl a observé quinze cas de cette affection ; les individus affectés de cette maladie étaient tous bien portants et robustes âgés de 19 à 45 ans; aucun d'eux ne montrait de symptômes de tuberculose ou de scrofulose ; dans quelques cas il s'agissait de cuisinières ; dans les autres c'étaient des cochers ou des gens maniant des substances animales, des bouchers, etc. La maladie chronique par excellence a duré de 1 à 15 ans; les récidives sont de règle, mais à de longues intervalles. M. Riehl a communiqué ensuite le résultat des recherches histologiques faites avec le Dr Paltauf, assistant du professeur Kundrat Les altérations principales furent trouvées dans les parties superficielles de la peau. On y trouvait par places des foyers contenant à leur périphérie des cellules granuleuses et au centre des cellules épithélioïdes et géantes. Dans les petites nodosités on trouva des bacilles tuberculeux; et une forme particulière de cocci, mais ces derniers étaient seulement visibles dans les régions où il y avait inflammation aiguë. M. Riehl fait le diagnostic différentiel de la maladie avec le Lupus verrucosus, la syphilis ulcéreuse, etc. Le diagnostic histologique démontre la nature tuberculeuse de cette affection de la peau (cellules géantes et bacilles). Une seule affection ressemblerait par quelques points à celle-ci, c'est la périfolliculite suppurée et conglomérée en placards décrite par Leloir, qui l'a trouvée aussi seulement chez des cochers, bouchers, etc. Mais la pérėfolliculite est une affection primitive autour des follicules, puis son évolution est tout autre. La seule maladie qui ressemble à la *tuberculosis verrucosa cutis* est le tubercule anatomique.

M. Riehl croit que cette maladie était causée par une inoculation directe du virus tuberculeux. Le prognostic n'est pas mauvais ; quant à la thérapeutique il recommande la galvanocaustie ou le thermo cautère pour détruire les infiltrations, pour empêcher la résorption du poison tuberculeux. Dans la même séance, M. le Dr Paltauf a montré des spécimens histologiques de l'érysipèle des cochons provenant d'une épidémie qui a régné en Styrie dans l'hiver de l'année 1883. Il a trouvé dans la peau, dans les poumons, dans la rate, etc., des bacilles aussi minces que les bacilles tuberculeux, mais plus courts ; quoique Pasteur ait reconnu un microbe en forme de « 8 » comme spécifique de cette maladie et quoiqu'il ait pu faire des inoculations avec le virus atténué avec succès, M. Paltauf n'avait pu alors se faire une opinion exacte de la nature de cette maladie. Klein avait cru avoir trouvé un microbe plus long et plus gros qu'il considérait comme spécifique. Les publications de Löffler de l'année 1882-1883, de Schütz et de Schottelius sur les inoculations préventives, les seules faites avec succès ce printemps dans le grand duché de Bade, constatent l'identité des bacilles de Pasteur avec ceux trouvés par les auteurs allemands ; Schütz et Schottelius trouvèrent les mêmes bacilles dans le liquide de vaccine de Pasteur. M. Paltauf fait remarquer que les bacilles qu'il avait trouvés en 1883 démontrent l'identité de la maladie, parfois observée à cette époque en Autriche avec les épidémies de France et d'Allemagne.

Veuillez agréer, etc. LEIBOWITZ.

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE. — Ouverture des cours: M. VAN TIEGHEM: *Organographie et physiologie végétales*, le 5 décembre à 8 heures et demie du matin.

VARIA

Laïcisation des hôpitaux.

Les lenteurs et les faiblesses de l'Administration viennent d'avoir leur récompense. Encouragés par le succès relatif des adversaires de la République aux élections dernières, les médecins et les chirurgiens des hôpitaux qui avaient protesté en 1881 contre la laïcisation, renforcés par quelques-uns des médecins et chirurgiens du Bureau Central, dont le Conseil municipal, sur notre proposition, a augmenté l'indemnité, viennent d'adresser à Monsieur le Ministre de l'intérieur la lettre suivante :

A Monsieur le ministre de l'intérieur.

Monsieur le ministre,

Les médecins et chirurgiens de Paris, soussignés, ont l'honneur de vous demander le maintien des religieuses dans les services hospitaliers auxquels elles sont attachées.

En vous faisant cette demande, ils pensent agir dans l'intérêt des malades qui sont confiés à leurs soins, aussi bien que dans l'intérêt du bon ordre et de la tenue des hôpitaux et hospices de la ville de Paris. Ils vous prient, monsieur le ministre, d'agréer l'expression de leur haute considération. Ont signé :

MM. Dujardin-Beaumetz, Xavier Gouraud, médecins de l'hôpital Cochin ; Marchand, chirurgien de l'hôpital Cochin ; Potain, Blachez, Rendu, Rigal, médecins de l'hôpital Necker ; Guyon, Le Fort, chirurgiens de l'hôpital Necker ; Hérard, Moissenet, Marotte, Nonat, Bouchut, Hervieux, Barthez. H. Gueneau de Mussy, Bergeron, Marjolin, médecins honoraires des hôpitaux ; Gosselin (membre de l'Institut), Ricord, A. Guérin, Monod, Cusco, Desormeaux, chirurgiens honoraires des hôpitaux, etc.; Moutard-Martin, Empis, Bucquoy, Vulpian (membre de l'Institut), médecins de l'Hôtel-Dieu ; Richet membre de l'Institut), Panas, Tillaux, chirurgiens de l'Hôtel-Dieu ; Hardy, Laboulbène, Peter, Féréol, Luys, Desnos, médecins de l'hôpital de la Charité ; A. Després, chirurgien de l'hôpital de la Charité ; Mesnet, Hayem, Dieulafoy, Tenneson, Landrieux, médecins de l'hôpital Saint-Antoine (*hôpital laïcisé*) ; Delens, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine ; Lecorché, E. Labbé, médecins de la Maison de santé ; Horteloup, Marc Sée, chirurgiens de la Maison de santé (*hôpital laïque*) ; A. Fournier, E. Besnier, A. Guibout, médecins de l'hôpital Saint-Louis ; Péan, Le Dentu, chirurgiens de l'hôpital Saint-Louis; Millard, Gombault. Fernet, J. Guyot, médecins de l'hôpital Beaujon ; Léon Labbé, Cruveilhier, chirurgiens de l'hôpital Beaujon ; Dumontpallier, médecin de l'hôpital de la Pitié ; Polaillon, chirurgien de l'hôpital de la Pitié (*hôpital laïcisé*) ; Danlos, R. Moutard-Martin, médecins de l'hôpital Tenon ; Gillette, chirurgien de l'hôpital Tenon (*hôpital laïque*) ; Triboulet, d'Heilly, Cadet de Gassicourt. médecins de l'hôpital Trousseau ; Labric, J. Simon, Descroizilles, A. Ollivier, médecins de l'hôpital des Enfants ; de Saint-Germain, chirurgien de l'hôpital des Enfants ; Sevestre, médecin de l'hospice des Enfants-Assistés ; Guéniot, chirurgien de l'hospice des Enfants-Assistés ; Constantin Paul, médecin de l'hôpital Lariboisière ; Du Castel, médecin de l'hôpital du Midi ; Humbert, chirurgien de l'hôpital du Midi (*hôpital laïque*) ; Labadie-Lagrave, médecin de la Maternité (*hôpital laïque*); Roques, Martineau, médecins de l'hôpital Lourcine (*hôpital laïcisé*) ; Gouguenheim, Huchard, médecins de l'hôpital Bichat (*hôpital laïque*) ; Berger, chirurgien de l'hospice de Bicêtre (*hospice laïque*) ; Ferrand, médecin de l'hôpital Laënnec (*hôpital laïque*) ; Gingeot, médecin de l'hospice Sainte-Périne (*hospice laïque*) ; Balzer, Barrié, Merklen, Chauffard. A. Robin, Renault, Muzelier, Moizart, Barth, Oulmont, Brocq, médecins des hôpitaux de Paris ; Jalaguier, Nélaton, Quenu, Bouilly, Félizet, Schwartz, Routier, Second, Brun, chirurgiens des hôpitaux de Paris ; — M. Lannelongue, chirurgien de l'hôpital Trousseau ; — M. Pozzi, chirurgien de Lourcine.

Nous ne ferons que quelques remarques. 1° Pour produire de l'effet, les adversaires de la laïcisation ont écrit la mention *hôpital laïcisé* : les protestataires avaient déjà signé en 1881, alors que ces hôpitaux étaient confiés à des religieuses. — 2° Ils ont aussi inscrit la mention *hôpital laïque* ; or, il s'agit là d'hôpitaux confiés à des laïques, soit sous la monarchie de Louis Philippe, soit sous l'empire, ce qui indique que les médecins signataires ont aujourd'hui l'esprit moins libéral que leurs aînés. C'est une constatation triste à faire. — 3° Dans presque tous les pays du monde on se préoccupe d'avoir dans les hôpitaux des infirmières capables, instruites au point de vue de l'instruction primaire et professionnelle, en mesure d'exécuter avec intelligence les prescriptions des médecins et des chirurgiens, n'obéissant qu'à l'administration. Les signataires préfèrent des femmes ignorantes, incapables d'être des auxiliaires sérieuses, n'obéissant, au fond, ni à eux ni à l'ad-

ministration, mais n'écoutant que les ordres de leur supérieure. — 4° Ils semblent ignorer qu'en Angleterre, en Autriche, en Allemagne, en Portugal, aux Etats-Unis, en Suisse, même en Russie, la grande majorité des hôpitaux, sinon tous, sont confiés à des laïques. Si on les en croyait, les françaises seraient au-dessous des femmes de tous les autres pays au point de vue du dévouement.

Le gouvernement de la République n'a qu'une réponse à faire aux protestataires : c'est de terminer, avant la fin de 1886, la laïcisation de tous les établissements hospitaliers de Paris, et d'encourager les municipalités des grandes villes de province, à créer des écoles d'infirmières et à supprimer des services hospitaliers les moines et les nonnes réfractaires à tout progrès et adversaires de la République.

Écoles pour les infirmiers et les surveillants des asiles d'aliénés.

The Journal of Insanity (janvier 1884) appelle l'attention de ses lecteurs sur un article du Dr Campbell Clarke, médecin directeur du *Glasgow district asylum*, intitulé : *Éducation et instruction spéciales des infirmiers et surveillants des asiles*, travail qui a été lu à l'*Association médico-psychologique d'Edimbourg* le 16 novembre 1883, et il ajoute que c'est là un sujet qui a été souvent discuté, à différentes époques, en Amérique et ailleurs par les médecins des asiles. Le Dr Koskbride, en 1844, aurait fait des leçons sur ce sujet. Dans l'État de New-York, en plus de l'instruction pratique donnée dans les salles aux infirmiers et aux surveillants (1), on a organisé des leçons dans trois asiles au moins : Ward's Island, Buffalo et Utica. Ces leçons faites par les chefs de service ont pour objet les *soins à donner aux malades et aux aliénés*, des *notions élémentaires d'anatomie*, de *physiologie*, d'*hygiène*, la *préparation des aliments* pour les malades, l'administration des *bains*, enfin les mesures à prendre pour parer aux accidents imprévus qui surviennent dans les asiles.

Ecoles municipales d'infirmières.

Les cours continuent dans l'ordre suivant : *A la Salpêtrière* : *Notions élémentaires d'anatomie*, professeur, M. le Dr GAUTIEZ, ancien interne des hôpitaux, le lundi à 8 heures du soir. — *Cours de pansements*, professeur M. le Dr P. POIRIER, le mercredi, à 8 h. Les *Exercices pratiques* ont lieu tous les jours à 5 heures. — *A la Pitié* : *Cours de pansements*, professeur, M. le Dr P. POIRIER, prosecteur de la Faculté de médecine, le vendredi à 8 heures du soir ; — *Notions élémentaires d'anatomie*, professeur M. le Dr Ch. H. PETIT-VENDOL, ancien interne des hôpitaux, le lundi à 8 heures du soir ; — *Cours d'administration et de comptabilité hospitalières*, professeur, M. PERROUD, directeur de la Pitié, le mercredi à 8 heures. — Les exercices pratiques ont lieu tous les jours à 4 heures. — Les cours sont *publics* et *gratuits* Les dames qui désirent les suivre, peuvent s'inscrire tous les matins de 9 heures à midi.

La catastrophe du quai de la Tournelle et la pharmacie centrale des hôpitaux.

Sous ce titre, la *Lanterne* du 1er décembre publie la note suivante :

« Tous nos lecteurs ont été renseignés complètement, au jour le jour, sur l'explosion et l'incendie de la distillerie Joanne, située au coin de la rue des Bernardins et du quai de la Tournelle, contiguë à la pharmacie centrale des hôpitaux de Paris. C'est grace à la promptitude des secours apportés par tous les habitants du voisinage, en particulier par les agents de la pharmacie centrale, que l'incendie ne s'est pas propagé à cet important établissement et qu'il n'y a pas eu une nouvelle explosion. Le danger était d'autant plus grand que le magasin aux alcools est placé tout auprès de la distillerie. Si malheureusement une seconde catastrophe était venue s'ajouter à la première, lourde aurait été la responsabilité de l'Assistance publique. Voici pourquoi.

« En février 1882, M. Bourneville, à propos de l'exécution d'un projet d'égout à la pharmacie centrale signalait l'insuffisance de l'approvisionnement d'eau, la nécessité d'établir au moins une bouche d'incendie, et, après avoir décrit la situation de l'établissement, il ajoutait : « De la description qui précède il ressort : 1° Que la pharmacie centrale n'est *isolée*, et encore incomplètement, que d'un seul côté, sur le quai de la Tournelle ; 2° que, malgré sa grande profondeur, elle ne possède qu'*une seule issue* à l'extérieur C'est là une situation fâcheuse ». Puis le rapporteur montrait qu'il y avait urgence à isoler la pharmacie centrale et surtout à ouvrir une seconde porte, en achetant une maison de peu d'importance de la rue de Pontoise, « ce qui faciliterait le service et rendrait plus prompts les secours en cas d'incendie. » Le conseil municipal donna son assentiment à ces propositions.

Après de nombreuses résistances, l'administration se décida à acheter la maison située au n° 12 de la rue de Pontoise. Mais au lieu de se conformer au vote du conseil municipal, *c'est-à-dire d'ouvrir une seconde porte* sur la rue de Pontoise, à travers la maison dont l'achat avait été autorisé par le conseil, *l'administration n'a* RIEN FAIT. Elle a loué la maison.

« Que conclure de cet exposé? c'est que, suivant son habitude, l'administration de l'Assistance publique s'est moquée du vote du conseil municipal, et qu'elle ne se préoccupe que médiocrement d'assurer la sécurité de nos établissements hospitaliers. »

La *Lanterne* ne fait qu'exposer, et même incomplètement, la vérité. Il y a plus : dans le rapport dont elle parle (1), nous avons indiqué l'urgence de l'installation de *bouches d'incendies*. L'administration n'a pas jugé qu'elles fussent utiles, car elle n'a rien fait. Nous n'avons obtenu satisfaction que sur un point : la pharmacie centrale, qui ne recevait que de l'eau de l'Ourcq, reçoit maintenant, en plus, de l'*eau de la Vanne* (2). Il appartient au conseil municipal de veiller à l'exécution de ses décisions.

Thèses soutenues à la Faculté de Médecine.

Lundi 14. — M. Morin. D'une variété d'exanthème observée dans l'embarras gastrique aigu fébrile. — M. Leclercq. Maladies aiguës précédant ou accompagnant les débuts de la fièvre typhoïde. — *Mardi* 15. — M. Chassin. Sur l'inoculation de la fièvre intermittente. — M. Jardet. Des lésions rénales consécutives à la lithiase urinaire. — *Jeudi* 17. — M. Degail. Contribution à l'étude des polypes fibro-muqueux de l'arrière-cavité des fosses nasales. — M. Blanc. Le nerf moteur oculaire commun et ses paralysies. — M. Dieu. Du pseudo-lipôme. — M. Ribbe. Etude sur l'ordre d'oblitération des sutures du crâne dans les races humaines. — M. Gaston Gilbert. Tuberculose pulmonaire chronique chez les vieillards. — M. Leval-Picquechef. Du pseudo-tabes. — M. Martin du Magny. Contribution à l'étude de l'inoculation tuberculeuse chez l'homme. — *Samedi* 19. — M. Paul Jean. Essai sur la syphilis précoce du rectum. — M. Poupon. Pseudo-étranglements par péritonite primitive — M. Dupouy. La rupture complète du cordon ombilical pendant le travail de l'accouchement. Causes ; anatomie pathologique, considérations médico-légales. — M. Alphandery. La thérapeutique morale et la suggestion.

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 14. — 2e *de Doctorat*. 2e partie. 1re *Série* : MM. Hayem, Fournier, Remy ; — 2e *Série* : MM. Béclard, Gautier, Ch. Richet. — 3e *de Doctorat*, oral, 1re partie : MM. Tarnier, Lannelongue, Reclus. — 5e *de Doctorat*. 1re partie (Hôtel-Dieu) : MM. Guyon, Le Dentu, Budin.

MARDI 15. — 3e *de Doctorat*, oral, 1re partie : MM. Pajot, Duplay, Peyrot. — 4e *de Doctorat* : MM. Brouardel, Peter, Troisier. — 5e *de Doctorat*, 1re partie (Charité) : MM. Richet, Panas, Ribemont-Dessaignes. — 5e *de Doctorat*, 2e partie (Charité), 1re *Série* : MM. G. Sée, Lancereaux, Raymond ; — 2e *Série* : MM. Grancher, Duguet, Debove.

MERCREDI 16. — 1er *de Doctorat* : MM. Regnauld, Baillon, Guebhard. — 3e *de Doctorat*, oral, 1re partie, 1re *Série* : MM. Guyon, Tarnier, Segond ; 2e *Série* : MM. Trélat, Le Dentu, Pinard, — 4e *de Doctorat*. 1re *Série* : MM. Damaschino, lutz, Rendu ; — 2e *Série* : MM. Hayem, Dieulafoy, Landouzy.

JEUDI 17. — 2e *de Doctorat*, oral, 1re partie. 1re *Série* : MM. Sappey, Le Fort, Humbert ; — 2e *Série* : MM. Duplay, Cornil, Richelot ; — 1re *Série* : MM. Jaccoud, Proust, Hallopeau ; — 2e *Série* : MM. Peter, Duguet, Hutinel.

VENDREDI 18. — 1er *de Doctorat* : MM. Regnauld, Gariel, Blanchard. — 2e *de Doctorat*. 2e partie : MM. Béclard, Vulpian, Kirmisson. — 4e *de Doctorat* : MM. Fournier, Dieulafoy, Joffroy.

SAMEDI 19. — Méd. opér. (Epreuve pratique) : MM. Le Fort, Duplay, Campenon. — 4e *de Doctorat* : MM. Peter, Proust, Troisier. — 5e *de Doctorat*. 1re partie (Charité) : MM. Pajot, Panas, Bouilly. — 5e *de Doctorat*. 1re partie (Charité). 1re *Série* : MM. Jaccoud, Cornil, Debove ; — 2e *Série* : MM. Grancher, Lancereaux, Hanot

(1) Il s'agit des agents secondaires des deux sexes.

(1) Nous avons profité de ce rapport pour faire l'histoire de cet établissement important, 1882, n° 3.

(2) Nous avons signalé souvent dans nos rapports au conseil, de 1876 à 1883, la nécessité d'approvisionner d'eau de source, au moins en partie, tous les établissements hospitaliers. Cette réforme, nous sommes heureux de le constater, le conseil est en train de la réaliser.

NÉCROLOGIE

Pierre Ayrolles

Un nouveau deuil vient de frapper le corps de l'internat déjà si cruellement éprouvé. Pierre Ayrolles, interne de quatrième année, a été, malgré tous, les soins rapidement enlevé par une fièvre typhoïde. Il y a quinze jours à peine, M. Budin, profitant d'une visite faite à la Charité par M. le Directeur général de l'Assistance publique, lui faisait l'éloge d'Ayrolles dont il avait pu, en peu de temps, apprécier toutes les qualités, et lui montrait combien étaient heureux les chefs de service qui avaient dans leurs internes des auxiliaires aussi intelligents, aussi instruits, aussi dévoués.

Les obsèques ont eu lieu jeudi matin, au milieu d'un grand concours de personnes. M. Peyron, au nom de l'Administration des hôpitaux, M. Richardière au nom de ses collègues, M. le Dr Millard, au nom de ses anciens maîtres, ont dit à Ayrolles un dernier adieu. Nous reproduisons les paroles prononcées par le savant médecin de l'hôpital Beaujon qui, plus que personne, avait autorité pour juger cette nature d'élite.

Messieurs,

Permettez-moi de saluer d'un suprême adieu, au nom de ses chefs de service, la dépouille mortelle de Pierre Ayrolles, notre excellent élève et ami. Hier encore, plein de force et de santé, la vigueur exceptionnelle de sa constitution semblait lui promettre un bel et long avenir, et voilà qu'en quelques jours, à l'âge de 28 ans, dans tout l'épanouissement de la jeunesse, la maladie l'a terrassé et l'enlève brutalement à notre affection.

Sa vie, quoique courte, a été bien remplie : elle peut se résumer en deux mots : *Piété filiale* et *Travail*. Il avait perdu son père dès le berceau et restait l'unique espoir d'une mère qui se consacre tout entière à son éducation, et dont il allait devenir bientôt la joie et l'orgueil. Son enfance s'écoule aux portes de Toulouse, dans sa petite ville natale de Narbonne, qu'il aimait tant à revoir chaque année aux vacances, où il comptait passer de longs et heureux jours dans le domaine de famille, mais dont hélas ! il ne reverra plus que le cimetière. Les grades universitaires conquis après de solides études, il s'était décidé pour la carrière médicale, il prend ses premières inscriptions à Toulouse, travaille avec une ardeur sans égale pendant deux ans et arrive à Paris, modeste étudiant, il résiste aux entraînements et aux séductions de la grande ville, conserve et son goût pour l'étude et la pureté de ses mœurs, affronte d'emblée le concours de l'Externat et est nommé en 1880, à la fin de sa troisième année de médecine. C'est en cette qualité qu'il entre à Laennec dans le service de mon collègue et ami Legroux. Il s'y fait remarquer à la fois par son heureux caractère et par son travail opiniâtre et il emploie si bien cette première année d'externat qu'il est nommé interne dès son premier concours à la fin de 1882.

Il passe successivement une année à Lourcine, une autre aux Enfants-Malades, une troisième avec moi à Beaujon, et enfin il achevait à la Charité sa quatrième et dernière année.

Partout où il a exercé ses fonctions, il a laissé une trace bienfaisante et durable, et il a su mériter la reconnaissance des malades, aussi bien que conquérir l'estime et l'amitié de ses camarades et de ses chefs.

Les traits dominants de sa nature étaient la douceur, la bonté et la simplicité. D'une complaisance et d'un dévouement à toute épreuve, il était toujours prêt à rendre service et à se sacrifier pour autrui. D'une grande modestie, plein de déférence pour ses maîtres et ses devanciers, il profitait de leurs leçons, travaillant en silence et suivant avec intérêt les progrès si rapides de notre science. C'est alors qu'arrivé presque au terme de son internat, avec un bagage de connaissances solides qui lui permettraient d'exercer avec un égal succès toutes les branches de l'art, il s'était pourtant senti un goût particulier pour les accouchements. Il se consacrait à leur étude avec passion sous la direction du jeune et brillant maître qui a inauguré le service obstétrical de la Charité et dont nous saluons avec joie le retour à la santé. Ayrolles n'avait d'autre ambition que d'aller s'établir à Toulouse comme accoucheur, d'associer sa vie à celle de sa mère, de la faire jouir de ses succès, et de fonder à son tour une belle et honorable famille.

Ce programme si simple et si légitime ne devait pas se réaliser. Vers la fin de novembre, son sujet de thèse arrêté, il sent la fin de l'année qui approche et se livre à un labeur imprudent et excessif. Après avoir prodigué ses soins tout le jour à des femmes en travail qui sont en danger, il passe plusieurs nuits de suite à écrire, à mettre ses notes en ordre, ne prend aucun repos et abuse de ses forces qu'il croit inépuisables. C'est au milieu de ces fatigues surhumaines qu'il contracte le germe d'une maladie fatale et, malgré les soins les plus éclairés et les plus touchants de ses camarades, succombe victime de son devoir et de son dévouement.

Grande perte pour notre profession que celle d'un pareil jeune homme si bien préparé et doué de tant de qualités. Il l'eût exercée, nous en sommes sûrs, non seulement avec une parfaite honorabilité, mais avec distinction et avec un grand esprit de charité. Mais combien le vide qu'il laisse après lui est plus cruel encore et vraiment irréparable pour sa famille et surtout pour cette pauvre mère à laquelle on ne peut songer sans une poignante émotion, et qui voit brusquement s'effondrer toutes ses joies et toutes ses espérances.

Puissent du moins, mon cher Ayrolles, apporter quelque adoucissement à sa douleur, les souvenirs d'estime profonde et de sincère affection que tu laisses après toi ! Adieu, mon brave ami, pour la dernière fois !

NOUVELLES

Natalité a Paris. - Du dimanche 29 novembre au samedi 5 décembre 1885, les naissances ont été au nombre de 1147 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 893; illégitimes, 174 Total, 563. — *Sexe féminin* : légitimes, 415 ; illegitimes, 169. Total, 584

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1881 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 29 novembre au samedi 5 décembre 1885, les décès ont été au nombre de 971, savoir : 519 hommes et 432 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes Fièvre typhoide : M. 25 F. 14, T. 39. Variole : M 4: F, 0, T. 4. — Rougeole M. 11. F. 8, T. 19 – Scarlatine : M. 3, F. 1 T, 4. - Coqueluche : M. 5. F. 3 T. 8 — Diphthérie, Croup , M. 14 F. 18, T. 32. – Dyssenterie : M 0. F. 1, T. 1. — Erysipèle : M. 2, F. 2 T. 3. — Infections puerpérales : 5 - Autres affections épidémiques : M. ., F , T . — Méningite tuberculeuse et aiguë. M. 22 F 17, T. 39. — Phthisie pulmonaire : M. 104, F. 60 T. 164. - Autres tuberculoses : M 13. F. 6. T. 19. – Autres affections générales : M. 25, F. 36. T. 61. — Malformations et débilité des âges extrêmes : M. 20, F. 22, T. 42. — Bronchite aiguë : M. 9 F. 13 T. 22. — Pneumonie : M. 35, F. 25, T 60 — Athrepsie : M. 25, F. 23 T. 48. — Autres maladies des divers appareils : M 166 F. 168, T. 334. — Après traumatisme : M. ., F. ., T. .. — Morts violentes : M. 23, F. 5. T. 28. — Causes non classées M 9, F. 10, T. 19.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 93 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 34; illégitimes, 15. Total : 49. — *Sexe féminin* : légitimes, 32 ; illégitimes, 12. Total : 44.

Concours de l'internat en médecine des asiles de la Seine. — Questions orales : 1re série : *Signes et diagnostic du cancer de l'estomac, fractures compliquées de jambe.* — Les épreuves orales du concours de l'Internat en médecine des asiles de la Seine ont commencé lundi à la Préfecture de la Seine (caserne Lobeau). La question tirée était la suivante : *Cancer de l'estomac* (signes et diagnostiques) ; *Fracture compliquée de la jambe*. Les autres questions restées dans l'urne étaient : symptômes et marches de la fièvre typhoïde ; Hernie inguinale étranglée, Angine dyphtbéritique (symptômes et diagnostiques) ; Angioleucite. A la séance de mercredi, les candidats ont eu à traiter : *Des symptômes des épanchements liquides de la plèvre* ; *Des hydarthroses du genou*. Il restait dans l'urne : De la varioloïde ; Du panaris. — Symptômes et diagnostic de la dysentérie ; Signes et diagnostic du cancer du sein chez la femme.

Concours de l'Externat : — Suite des questions données : — *Artère sous-clavière, articulation scapulo-humérale, muscles de la région antérieure de la jambe.* Questions de la 2me épreuve commencée mercredi 25 novembre : *Vaccine et vaccination, erysipèle de la face, cathétérisme de l'urèthre, rougeole, signes et diagnostic de la pleurésie aiguë, les brûlures.*

Faculté des sciences de Paris. — M. Joulin a soutenu à la Sorbonne, le 11 décembre à deux heures, pour obtenir le grade de docteur ès sciences naturelles, une thèse intitulée : *Recherches sur l'anatomie des Brachiopodes inarticulés.*

Faculté de médecine de Paris. — La Faculté vient de présenter M. Mathias Duval pour la place vacante de la chaire de biologie en remplacement de M. Robin.

Faculté de médecine de Paris. — MM. Lancereaux, Duguet et Dieulafoy, agrégés près la Faculté de médecine de Paris, sont rappelés à l'exercice pendant la durée du concours d'agrégation de médecine qui s'est ouvert à Paris le 1er décembre 1885.

Faculté de médecine de Lille. — M. Lhomme est maintenu, pendant l'année scolaire 1885-1886, dans les fonctions de préparateur de chimie organique à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille.

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON. — Un congé de trois mois, sans traitement, est accordé, sur sa demande, à partir du 1er décembre 1885, à M. Lemoine, chef de clinique des maladies mentales à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon.

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET PHARMACIE DE LYON. — M. JABOULAY (Mathieu), docteur en médecine, est institué, pour une période de neuf ans, chef des travaux anatomiques à la Faculté mixte de médecine et pharmacie de Lyon, en remplacement de M. Charpy, dont la délégation est expirée.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — MM. LEFRANC et LICHT sont nommés aides de clinique à la Faculté de médecine de Nancy, en remplacement de MM. Vautrin, appelé à d'autres fonctions, et Knœpfer, démissionnaire.

FACULTÉ DES SCIENCES DE BESANÇON. — M. CHARBONNEL SALLES, docteur ès sciences, maître de conférences à la Faculté des sciences de Lyon, est chargé du cours de zoologie à la Faculté des sciences de Besançon, en remplacement de M. Joyeux-Laffuie, appelé à d'autres fonctions.

FACULTE DES SCIENCES DE CAEN. — M. JOYEUX-LAFFUIE, docteur ès sciences, chargé du cours de zoologie de la Faculté des sciences de Besançon, est chargé à titre de suppléant, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1885-1886, du cours de zoologie et de physiologie animale à la Faculté des sciences de Caen.

FACULTÉ DES SCIENCES DE LILLE. — Un congé, sans traitement, est accordé sur sa demande, à M. Emannuel, préparateur de physique à la Faculté des sciences de Lille. — M. Simon (Paul-Jules), ancien boursier de physique est nommé préparateur de physique, à la Faculté des sciences de Lille, en remplacement de M. Emannuel, mis en congé, sur sa demande.

COLLÈGE DE FRANCE. — Ouverture des cours : le 8 décembre, M. D'ARSONVAL : *Chaleur animale et effets de la chaleur sur l'organisme* ; le 7 décembre, M. F. FRANCK : *Circulation du sang dans le cerveau.* — Le 8 décembre, M. MALASSEZ : *sang lymphe et voies circulatoires.* Le 7 décembre, M. BERTHELOT : *Thermochimie.* — Le 8 décembre, M. BALBIANI : *Développement des mammifères*, et M. SCHUTZENBERGER : *Lois des transformations chimiques.*

ECOLE DENTAIRE DE PARIS. — Un concours pour trois places de professeurs suppléants aura lieu le 28 février 1886 ; un autre concours pour trois places de chefs de clinique aura lieu le 14 mars 1886.

ECOLE PRÉPARATOIRE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE DIJON. — Un concours pour un emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique interne à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon s'ouvrira, le 1er juin 1886, devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

RÉCOMPENSES. — Sur la proposition de l'Académie de médecine, le ministre du commerce a décerné les récompenses ci-dessous aux personnes qui se sont distinguées par leurs travaux sur les eaux minérales. — Médaille d'or : M. L. Dru, ingénieur ; médaille d'argent : M. le Dr Brongniart (Contréxeville) ; M. le Dr Danjoy (Bourboule) ; M. Lacour, pharmacien major de 1re classe à Oran ; rappel de médaille d'argent : MM. le Dr Bourgarel (Pierrefonds) ; Bouyer, (Cauterets) ; Planche, (Bellevue) ; médaille de bronze : MM. les Drs Binet (Saint-Honoré) ; Cros, (Lamalou) ; Dejeaune, (Bagnères-de-Bigorre).

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE. — M. DOULIOT (Henri), licencié ès sciences physiques et ès sciences naturelles, est chargé des fonctions de préparateur temporaire près la chaire de botanique (organographie et physiologie végétale au Muséum d'histoire naturelle, pendant la durée du service militaire de M. Bonard, titulaire de l'emploi.

VILLE DE PARIS. — *Inspection des enfants du premier âge.* M. le Dr CURRIE, médecin-adjoint, set nommé médecin-inspecteur au service d'inspection d'enfants du premier âge ; M. le Dr RUELLE est nommé inspecteur-adjoint.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE. — Séance du lundi 14 décembre 1885, à 4 heures très précises, au Palais de Justice, dans la salle des référés. — *Ordre du jour :* I. Elections pour le renouvellement du bureau. II. M. Danet, à quelles causes attribuer la fréquence des acquittements en cour d'assises, en matière d'attentat contre les personnes. III. Communications de la commission permanente : 1° Rapport de M. Vibert, sur un cas d'infanticide ; 2° Rapport de M. Pinard, sur un cas de responsabilité pour manœuvres obstétricales. IV. M. Brouardel, sur l'empoisonnement par la colchicine. V. M. Descoust, rapport sur un cas d'asphyxie par strangulation. VI. M. Brouardel, rapport sur un cas de responsabilité médicale.

Elections auxquelles il sera procédé. Deux vice-présidents pour un an. Titulaires actuels rééligibles. MM. Horteloup, Polaillon. — Un secrétaire général pour trois ans. Titulaire actuel. M. Gallard. — Deux secrétaires des séances pour un an : Titulaires actuels rééligibles. MM. Leblond, Socquet. — Un archiviste pour trois ans. Titulaire actuel rééligible. M. Ladreit de la Charrière. — Un trésorier pour trois ans. Titulaire actuel rééligible. M. Mayet. — Trois membres de la Commission permanente pour trois ans. Titulaires actuels non rééligibles. MM. Chaudi, Grassi, Polaillon. — Les autres membres de la Commission permanente sont : MM. Foville, Laugier, Vibert, sortants en 1887 ; Boudet, Brouardel, Lutaud, sortants en 1888. Cinq membres du Conseil de famille. Cinq membres du comité de publication.

NÉCROLOGIE. — Miss PRIDEAUX, bachelier en médecine et chirurgie de l'Université de Londres. — *L'Union médicale* annonce la mort du Dr CARRION médecin à Lima (Pérou) ; il vient de succomber victime de son amour pour la science. Voulant démontrer l'identité de deux affections dont l'histoire est encore obscure pour les médecins péruviens, il s'inocula l'une d'elles et vingt-deux jours après présenta tous les symptômes de la seconde ; malheureusement il succomba quelques jours après l'apparition de cette dernière maladie. — Le Dr BUROW, professeur à la Faculté de médecine de Kœnigsberg ; — M. le Dr WINTREBERT, vice-doyen de la Faculté catholique de Lille. — P. COLOMBIÉ, interne à l'hôpital de Montpellier vient de succomber aux suites d'une fièvre thyphoide, contractée dans son service.

UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES. — Le Dr ANGERER, privat-docent à Wurzbourg est nommé professeur extraordinaire à l'Université de Munich. — Le Dr URBANTSCHITSCH, chef de la policlinique d'otologie à Vienne, vient d'être nommé professeur ordinaire d'otologie — Le Dr EINTHOVEN est nommé professeur de physiologie et d'histologie à la Faculté de médecine de Leyde, le Dr ROSER privat-docent à la Faculté de Marbourg.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Publications du Progrès médical.

DUMÉNIL et PETER. — Commotion de la moelle épinière. Etude clinique et critique. Brochure in 8° de 106 pages, avec une planche hors texte. — Prix : 2 fr. — Pour nos abonnés : 1 fr. 40

Librairie GERMER - BAILLIÈRE
108, boulevard St.-Germain

TROUESSART (E.). — Les microbes, les ferments et les moisissures. Volume in-8 cartonné de 302 pages, avec 107 figures. — Prix : 6 fr.

Librairie A. DELAHAYE et LECROSNIER,
Place de l'Ecole-de-Médecine.

ANDRIEU (E.). — Des influences modificatrices de l'organisme dans leurs rapports avec la maladie. Volume in-8 de 114 pages. — Prix : 3 fr.

AUDET (E.). — Manuel de chirurgie d'armée. Volume in-12 de 383 pages, avec 43 figures. — Prix : 6 fr.

BOUDON (E.). — Etude critique sur l'opération césarienne et l'opération de Porro (Manuel opératoire). — Volume in-8 de 160 pages. — Prix : 3 fr. 50.

DUVAL (M.). — Le Darwinisme. Leçons professées à l'école d'anthropologie. Volume in-8 de 576 pages, avec 7 figures. — Prix : 10 fr.

GOUGUENHEIM (A). et LERMOYEZ (M.). — Physiologie de la voix et du chant. — Hygiène du chanteur. Volume in-12 de 208 pages, avec figures dans le texte. — Prix : 3 fr.

GRASSET (J.). — Traité pratique des maladies du système nerveux. Suivi d'un appendice sur l'électrothérapie en général, par le Dr REGIMBEAU. Volume in-8 de 1190 pages, avec 73 figures et 16 planches. — Prix : 28 fr.

13e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. II. N° 51 BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 19 DÉCEMBRE 1885.

Le Progrès Médical

CLINIQUE INFANTILE

HÔPITAL DES ENFANTS. — **M. J. SIMON.**

De la diarrhée chez les enfants (1);

Leçon recueillie par M. CARRON, interne du service.

Diarrhée dysentériforme. Cette variété, si différente de la dysentérie vraie, réclame tout d'abord le traitement de l'entérite aiguë ordinaire. De plus, contre les épreintes anales, administrez un lavement dans lequel vous mettrez soit du laudanum, soit une décoction de bois de campêche. Il y a parfois un véritable flux de sang chez les enfants qui ont atteint l'âge de trois à sept ans; dans ce cas, vous obtiendrez de bons résultats en donnant un lavement avec : nitrate d'argent, 5 centigrammes pour 100 grammes d'eau; vous y joindrez à l'intérieur : le sous-nitrate de bismuth à haute dose et le perchlorure de fer (une goutte toutes les heures).

Quant à la *dysentérie* vraie, je vous ai déjà dit combien elle était rare chez les enfants, du moins dans nos pays; c'est à peine si j'en ai observé un ou deux cas parmi le grand nombre d'enfants malades que j'ai eu l'occasion de voir. Dans les pays chauds, où la dysentérie est à l'état endémique, il en est autrement, et comme les petits malades ont déjà sept à huit ans, on les soumet au même traitement que les adultes. De grandes irrigations dans les intestins avec une solution d'acide borique à 1/100e suivies d'un petit lavement laudanisé, 10 centigrammes de calomel, pris par doses fractionnées d'heure en heure, ou de l'ipéca en lavage de l'eau gommée et du lait comme boisson, tels seront les principaux moyens d'action que vous devrez mettre en œuvre si le hasard veut que vous vous trouviez en présence d'un cas de dysentérie infantile. Vous aiderez cette médication par des fomentations belladonées et laudanisées sur le ventre.

Quant aux diarrhées dépendant des lésions *des annexes du tube digestif*, elles rentrent dans la catégorie des lientéries, ou des congestions ou des inflammations de l'intestin.

Souvent aussi, *la tuberculose abdominale* en est le point de départ, et leur traitement vous sera exposé sous la rubrique de diarrhées chroniques.

La diarrhée des fièvres n'exige pas une médication spéciale. Il suffit d'en connaître la valeur symptomatique. Est-elle légère, il faut lui opposer des moyens anodins : les lavements, le bismuth. Est-elle intense, il faut se rapprocher autant que possible de la médication des entérites. — J'ai cependant un correctif à vous signaler ici. Dans les formes déprimantes des fièvres, vous ne serez plus autorisés à faire usage de laudanum de Sydenham; mieux vaudrait avoir recours aux astringents comme le cachou, le bois de campêche, le perchlorure de fer. Ceci n'est point en contradiction avec le traitement formulé au chapitre des entérites, ni à celui de la fièvre typhoïde.

(1) Voir les nos 41, 42, 46 et 47.

Il en est de même pour le traitement de la *diarrhée diphtéritique*.

Jusqu'à ce qu'on ait trouvé un spécifique, un antimicrobe incontesté, la plus grande préoccupation du médecin est toujours de soutenir les forces par une médication essentiellement tonique (alcool, café, thé, quinquina, perchlorure de fer). Le laudanum, loin de remplir ce but, même dans le cas de diarrhée, plongerait très vite le malade dans la faiblesse extrême. Je ne saurais trop vous engager à le prohiber dans le cas de diarrhée diphtéritique, même si la maladie semblait localisée, même si la résistance du petit malade vous encourageait à le prescrire. La diphtérie, en effet, passe très vite des allures bénignes à la forme sérieuse et grave, sans que de prime abord vous puissiez le prévoir en toute certitude. Mieux vaut, en présence de si cruels mécomptes, s'adresser aux astringents non toxiques, comme le perchlorure de fer, le tannin, le cachou, le bismuth, etc., etc., aidés d'une diétique appropriée.

En résumé, le traitement de la diarrhée des formes graves, des fièvres, de la diphtérie, des états adynamiques quelconques, gangrène, empoisonnements, exige le traitement des entérites, mais avec exclusion des préparations opiacées que je vous ai recommandées avec tant d'insistance dans les entérites simples.

Diarrhées spécifiques. La diarrhée due à l'*empoisonnement palustre* est justiciable du sulfate de quinine; vous devez le donner à haute dose, surtout chez l'enfant à la mamelle, car chez ce dernier le sulfate de quinine ne peut être administré que par la voie rectale et, de par ce fait, une grande partie n'est pas absorbée. Au-dessous d'un an, 15 à 20 centigrammes; jusqu'à trois ans, 30, 40, 50 centigrammes. A partir de deux à trois ans, les enfants le prennent volontiers dans du café, de la glycérine, du sirop de groseilles. — Ne redoutez point l'action stimulante du sulfate de quinine sur l'intestin.

En vous attaquant au principe morbide, les symptômes cesseront. Seulement, ayez soin de donner une dose massive huit à dix heures avant le redoublement ou fébrile ou diarrhéique, et faites prendre simultanément des préparations de quinquina, soit teinture, soit extrait dans une potion alcoolique. Il m'a été donné de soigner plusieurs cas de diarrhées palustres. Je vais vous en citer un bien caractérisé :

Je fus mandé, en 1882, auprès d'une jeune fillette de huit ans, habitant dans mon voisinage, l'avenue d'Antin, qui était en proie tout à la fois à des vomissements et à la diarrhée. Après avoir éclaté tout d'un coup, ces symptômes revenaient soit vers onze heures du matin, soit un peu plus tard. Modérément chaude et fébricitante, la petite fille avait le teint pâle, bistré, et les chairs molles et amaigries. Divers renseignements assez difficiles à obtenir sur le séjour à la campagne, l'état sanitaire de la contrée, me portèrent à songer à l'empoisonnement palustre, d'autant plus que la mère, fort habituée au traitement antidiarrhéique, avait eu recours au bismuth, au laudanum sans succès définitif. J'appris aussi qu'un médecin du pays avait prescrit à cette enfant du sulfate de quinine pour un état fébrile analogue à la fièvre

intermittente, et que rapidement la maladie s'était amendée et guérie. Je conseillai donc de faire prendre du sulfate de quinine dans du café (20 centigrammes en une fois et 10 centigrammes répétés deux fois à une heure d'intervalle). Cette enfant prit ainsi, le premier jour, 40 centigrammes; le deuxième jour, 50 centigrammes; le troisième, 60 centigrammes. J'élevai la dose jusqu'au point d'obtenir des effets physiologiques, et la diarrhée, et les vomissements s'arrêtèrent rapidement (1).

Quand la diarrhée palustre revêt un caractère chronique, le sulfate de quinine a moins de prise chez les enfants que chez les adultes. Les préparations alcooliques, celles de quinquina, le changement d'air conviennent mieux. Du reste, les cas de diarrhées chroniques que j'ai pu observer remontaient à une époque assez éloignée, et leur état confinait à l'état cachectique. Arrivée à cette dernière étape, la maladie n'est plus un accident fluxionnaire, c'est une manifestation relevant et de l'anémie et des lésions des glandes folliculeuses, splénique et hépatique.

Pourtant, un enfant de San Francisco, celui dont je vous ai relaté l'histoire à propos du sulfate de quinine, avait une diarrhée déjà chronique quand je l'ai vu, et sa mère m'a dit que la médication quinique dans tous les pays qu'elle parcourait en avait raison chaque fois qu'elle pouvait user d'une bonne préparation.

La syphilis infantile s'accompagne souvent, même dès le début, de diarrhée séro-bilieuse; il faut bien savoir que cette dernière n'est pas une contre-indication à l'emploi des préparations mercurielles, telles que le sublimé, qui sont plus ou moins purgatifs; au contraire, le mercure, en agissant sur la maladie générale, modifie, arrête le flux biliaire et par suite la lientérie et la diarrhée. Comme pour tous les accidents sous la dépendance de la syphilis, la congestion hépatique, la polycholie, bénéficient de l'action spécifique de l'agent thérapeutique, sans être une source réelle d'excitation de la muqueuse intestinale.

A côté de ces diarrhées dépendant d'états généraux, il faut placer *celle de la fièvre typhoïde* qui demande un traitement différent de celui de l'adulte. Chez l'enfant, il faut proscrire la méthode des purgatifs répétés, qui l'affaibliraient et l'épuiseraient rapidement. Loin de la respecter et, à plus forte raison, de la favoriser, cette diarrhée doit être surveillée de près et maintenue très modérée. Donnez, matin et soir, un grand lavement d'eau tiède dans laquelle vous avez mis un désinfectant, tel que l'alcool, le thymol, l'acide phénique, l'eau de Cologne, etc. Au delà de 3 ou 4 ans, (la fièvre typhoïde du reste est exceptionnelle avant cet âge), j'y ajoute volontiers une à deux gouttes de laudanum pour peu que les évacuations soient très abondantes ou les coliques vives. A l'intérieur, le perchlorure de fer, à la dose de une à trois gouttes toutes les deux ou trois heures, m'a semblé produire de bons effets pour soutenir les forces du petit malade, prévenir les hémorrhagies et même diminuer la diarrhée. Contre cette diarrhée typhoïde qui apparaît d'ailleurs tardivement chez les enfants, le laudanum, le perchlorure et quelques désinfectants constituent la base de ma thérapeutique.

Entérites chroniques sous la dépendance de la *cachexie scrofuleuse, tuberculeuse, rachitique*, etc. La diarrhée chronique réclame, dans ces cas, un traitement tout différent. Votre premier soin sera de mettre l'enfant au lit et de ne permettre qu'il ne soit levé sous aucun prétexte, afin d'éviter tout refroidissement dangereux en pareil cas. A ce point de vue, je dois vous prévenir d'un petit fait qui passe souvent inaperçu dans le traitement de toutes les diarrhées. Les petits malades sortent du lit à tout propos pour les soins de propreté et les garde-robes et placés à moitié nus au beau milieu de la chambre, en face de la cheminée, qui appelle le courant d'air. On jette bien un vêtement sur les épaules du patient, mais les pieds, les membres inférieurs sont refroidis à chaque opération de ce genre. Vous devez vous y opposer avec la plus grande énergie.

Au point de vue du régime, vous permettrez le lait coupé d'eau de chaux, la panade, les œufs, les potages, la pulpe de viande peu cuite, aliments qui seront pris uniquement en *purée*. Vous supprimez ainsi toutes les fibrilles d'une digestion difficile. En même temps, faites de la révulsion sur le ventre: coton iodé, teinture d'iode, crayon Limousin, petits vésicatoires volants et répétés, etc. Quant aux bains, j'en suis peu partisan, je crains le refroidissement consécutif; vous devrez, à ce point de vue, nettement formuler votre prescription, car les parents ont grande tendance à baigner leurs enfants à outrance ne se doutant pas qu'ils ne réussissent souvent qu'à les affaiblir et les refroidir. A l'intérieur, le sous-nitrate de bismuth et le diascordium à haute dose, sous forme de pilules prises toutes les deux heures jusqu'à diminution notable des selles. Une cure à Plombières sera très utile pour activer la guérison. Avant la saison thermale, vous pourriez, dans le même but, prescrire des douches sulfureuses.

Entérite pseudo-membraneuse. Cette affection toute spéciale, je vous l'ai dit, est due à l'atonie des intestins, à la constipation opiniâtre des enfants. Il s'agit ici, non d'une inflammation dans le sens véritable du mot, mais d'une irritation aboutissant à une sécrétion muco-gélatineuse qui accompagne les gardes-robes d'abord concrètes, plus tard fragmentées et même liquides.

Le traitement découle de ces prémisses, il faut éviter les arrêts des matières fécales, faciliter les garde-robes et soumettre l'enfant à un régime approprié. Vous pouvez ne rien changer à sa vie ordinaire, lui permettre ses classes et ses jeux; mais à la condition qu'il soit attentivement surveillé et qu'il n'enfreigne pas la ligne de conduite que vous tracerez pour son alimentation. Tous les aliments seront permis, excepté ceux notoirement indigestes: sauces, graisses, choux, etc. En outre, ils devront être réduits à l'état de pulpe. Comme boisson: la bière, dite de Strasbourg, coupée avec de l'eau d'Alet, ou de l'eau de Vals. A la fin du repas: soit un verre à Bordeaux de vin de Chassaing, soit 0,10 centig. de pepsine dans un léger grog. Les repas seront bien réglés: celui de midi devra être substantiel et complet. Celui du soir, presque nul. Ici l'hygiène, l'alimentation bien entendues jouent le principal rôle; vous y adjoindrez des moyens destinés à combattre la constipation: au commencement de chaque repas, l'enfant prendra une cuillerée à café d'eau de graine de lin ou de la graine de lin en nature, et la même quantité d'huile d'amandes douces. De plus, matin et soir, on lui donnera de grands lavements: un litre à un litre et demi d'eau tiède de guimauve ou de camomille, et tous les deux à trois jours de la magnésie, de la mannite, ou tel autre laxatif qui sera reconnu efficace. A l'extérieur, frictions stimulantes et flanelle sur le ventre,

(1) Cette petite fille a eu, depuis la première atteinte, deux rechutes, à six mois d'intervalle à peu près, une fois à la campagne, l'autre fois à Paris sous mes yeux. La quinine a fait tous les frais de cette heureuse médication.

accompagnées de douches tièdes au début, puis froides à la fin. Enfin, si cet état diarrhéique persiste, ce qui est fréquent, vous devrez diriger, dans la belle saison, vos petits malades vers Plombières qui leur procurera toujours une grande amélioration et souvent une guérison définitive. En vue de vous rappeler les grandes lignes de cette étude sur la diarrhée, je vous reproduis en terminant le tableau de ma classification.

1° Diarrhée fonctionnelle (lientérie).
2° — par congestion et hypersécrétion (catarrhale).
3° — par inflammation (entérites, entéro-colites).
4° — Choléra infantile.
5° — Choléra asiatique.
6° — avec accidents cérébraux.
  A. Convulsifs, éclamptiques.
  B. Méningitiques.
  C. Typhoïdes ou comateux.
7° — avec hémorrhagies (diarrhée dysentériforme).
8° — Dysentérie vraie.
9° — annexe des voies digestives.
10° — des fièvres continues, éruptives, des maladies générales (diphtérie, gangrène).
11° — spécifique (intermittentes, syphilitiques).
12° — chroniques.
13° — dite pseudomembraneuse.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Déchirure de l'aponévrose fémorale antérieure avec hernie consécutive du muscle crural, et rupture des fibres superficielles de ce muscle;

Par le Dr Émile DARTIÈRE, médecin major.

L'observation qui fait la base de ce travail intéresse moins par le récit que par la discussion des symptômes et les difficultés du diagnostic des lésions produites par la violence d'un effort à la voltige. Typique dans l'espèce, elle mérite, vu sa rareté même, d'être consignée dans les annales de la science.

OBSERVATION I. X...., engagé volontaire au 8e hussards, âgé de 20 ans, haut de 1m 75, fortement musclé, éprouva le 1er mai 1882, les accidents suivants, au moment où il prenait un élan pour sauter en croupe du cheval dressé pour la voltige : arrivé près du cheval, il ressentit dans la cuisse droite, un craquement, accompagné d'une douleur si vive qu'il fut forcé de fléchir la jambe. Il essaya vainement de redresser la jambe en appuyant le pied par terre; il lui fut impossible de marcher; le moindre mouvement provoquait dans la cuisse droite une douleur très vive. Il fut apporté immédiatement à l'infirmerie. On observait sur le milieu de la cuisse droite, à la face antérieure, une tumeur molle, dépressible, surmontant une dépression dans laquelle en enfonçant un doigt, on sentait un bord tranchant perpendiculaire à l'axe du fémur, semblable à une corde tendue.

La peau ne présentait aucune ecchymose. Il était facile de découvrir que la dépression était une solution de continuité dans l'aponévrose fémorale antérieure et que le muscle qui faisait saillie était le droit antérieur, ou muscle crural; on s'en rendait bien compte en faisant étendre la jambe. En effet, les hernies musculaires se produisant en général lors des contractions des muscles, par suite de leur augmentation de volume à ce moment, il est facile de comprendre que le muscle crural faisait hernie dans l'extension de la jambe, puisqu'il concourt pour une grande partie à ce mouvement.

La rupture de l'aponévrose crurale, à travers laquelle faisait hernie le muscle crural, s'était produite à la partie inférieure du tiers moyen de la cuisse. Nous avons mesuré cette cuisse; depuis l'épine iliaque antérieure et supérieure jusqu'au bord supérieur de la rotule, on trouve 0, 46 cent. Or c'est à 0, 27 cent. depuis l'épine iliaque que se trouve le bord inférieur de la solution de continuité qui donne lieu à la hernie musculaire.

La douleur n'est pas ressentie quand le blessé est couché; elle n'apparaît que dans la marche. On peut malaxer la région atteinte sans provoquer la moindre douleur. C'est surtout pour monter un escalier que le malade souffre; il est obligé de s'arrêter après 2 ou 3 marches; et encore il est forcé de placer les deux pieds sur la même marche d'escalier. C'est que les lésions siégeant sur le droit antérieur, toute contraction, tout travail de ce muscle produit de la douleur; par conséquent le blessé cherche instinctivement à supprimer cette contraction.

En analysant l'action de monter un escalier, on voit que la cuisse se fléchit sur le bassin, la jambe sur la cuisse, alternativement pour chaque membre inférieur.

La flexion de la cuisse sur le bassin est produite par le muscle psoas, celle de la jambe sur la cuisse par les muscles : couturier, demi-tendineux, demi-membraneux, biceps crural... Par conséquent, ces mouvements ne trouvent aucun obstacle dans une lésion du muscle crural. Mais après le mouvement de flexion vient celui d'extension. Prenons un exemple : c'est le pied droit que nous posons sur la marche d'escalier qui est devant nous; mais le pied posé, il nous faut redresser la jambe droite sur la cuisse pour nous élever à la hauteur de cette marche d'escalier, et pouvoir détacher le pied gauche de la marche précédente, alors entre en jeu le triceps crural ; mais si le droit antérieur est lésé, comme dans le cas particulier que nous avons observé, ce mouvement n'est plus possible, et à cause de la douleur, et parce que le muscle, n'étant plus bridé par son aponévrose, perd une partie de sa force de contraction.

Alors que fait le blessé? Il ne se sert plus que du membre sain et voici de quelle façon les choses se passent : Les deux pieds étant placés l'un à côté de l'autre, le blessé détache le pied du côté sain, le porte par une flexion préalable de la cuisse sur le bassin, et de la jambe sur la cuisse, sur la marche d'escalier située immédiatement devant lui; il étend alors le membre du même côté, et ce mouvement élève à la hauteur de cette marche le pied du côté malade, qui vient naturellement s'y poser; puis le sujet recommence la même manœuvre.

Malgré toutes ces précautions, malgré cette façon de faire, il se produit quand même de la douleur dans le membre blessé et cela parce qu'au moment où le pied sain se porte en avant, le poids du corps repose en entier sur le membre malade. L'équilibre sur le membre ne peut se maintenir qu'à condition que le triceps se contracte ; d'où la fatigue, d'où l'arrêt après quelques marches, malgré ces moyens employés.

Après cette longue digression, revenons à l'examen de la région lésée : on observe que la dépression diminue, et que la tumeur durcit quand les deux jambes sont réunies; si les jambes sont écartées la tumeur devient plus molle. La compression ne fait pas disparaître la tumeur ; et un fait digne de remarque c'est que, dans l'extension ou la flexion, la tumeur ne se modifie pas beaucoup. Certes, il y a là une rupture partielle des fibres charnues du crural. Ce sont les fibres superficielles qui ont été en partie tiraillées, en partie rompues, et voilà pourquoi la tumeur reste à peu près la même dans l'extension que dans la flexion.

En conséquence, nous posons le diagnostic suivant : déchirure de l'aponévrose fémorale antérieure et hernie du muscle crural ; ajoutons : rupture partielle des fibres superficielles de ce muscle.

Le siège des lésions, leurs symptômes, ne permettent pas de penser à une rupture du tendon du crural antérieur, une des plus fréquentes dans l'espèce ; car, comme le dit Follin, ces ruptures sont le plus ordinairement l'effet de contractions musculaires énergiques, qui cherchent à prévenir une chute, soit en avant, soit en arrière, le muscle étant dans l'extension ou dans la flexion.

La rupture du tendon du crural antérieur se fait le plus ordinairement au voisinage de la rotule ; sur 18 observations relatées par Binet, où le siège précis est indiqué, 11 fois elle existait au niveau même de cet os ; 2 fois à 0,02 cent. ; 5 fois à 4 ou 6 cent. au-dessus. Or, dans notre cas, la rupture avait lieu à 0,19 cent. au-

dessus de la rotule ; à cette hauteur le tendon n'existe pas, donc ce sont bien les fibres musculaires qui étaient rompues.

Après un court séjour à l'infirmerie, où la compression de la tumeur fut faite à l'aide du bandage roulé conseillé par J. Sédillot, ce malade fut porté à l'hôpital militaire.

Les médecins militaires ont vu souvent des cas semblables et les ont traités par la compression au moyen d'un sac de plomb ou de sable ou bien à l'aide du garrot. C'est le garrot qui fut employé dans ce dernier cas.

M. le médecin inspecteur Legouest conseille les bandages lacés en peau ou en tissu élastique. Le blessé put sortir après deux semaines de séjour à l'hôpital, reprendre son service, suivre les exercices ; mais à la voltige il fut obligé de se faire exempter pendant quelques mois. La tumeur n'a pas disparu, mais il n'est resté ni douleur, ni gêne.

La persistance de la tumeur est le cas le plus ordinaire. On lit en effet dans la *Chirurgie d'armée*, p. 170 (Legouest), que « les muscles peuvent se cicatriser avec les lèvres de la solution de continuité aponévrotique, et contracter des adhérences solides qui nuisent à leur action. Dans ces cas, la hernie musculaire est persistante et se traduit par un relief qui acquiert une certaine dureté pendant la contraction. D'autres fois les bords de la division aponévrotique se cicatrisent isolément et les muscles conservent leur mobilité ; la hernie ne se produit alors que pendant la contraction musculaire ; elle s'affaisse pendant le relâchement et l'on peut sentir à travers la peau les contours épais de l'ouverture présentée par l'aponévrose. » Notre observation rentre dans ce dernier cas. »

Les ruptures de l'aponévrose fémorale sont-elles fréquentes ? Pour répondre à cette question, il suffit d'interroger l'anatomie qui enseigne qu'elles doivent être rares, et qu'elles doivent se produire en avant et en dedans de la cuisse

En effet, si l'on étudie la région fémorale antérieure, on n'y remarque ni éminence, ni dépression bien sensibles ; elle est d'une convexité régulière. La peau est mince en dedans, elle s'épaissit très notablement en gagnant le côté externe du membre ; elle est peu adhérente à l'aponévrose ; celle-ci forme une gaîne très forte à cette section du membre, et a son maximum d'épaisseur en dehors. Elle est plus mince en avant et surtout en dedans au niveau des adducteurs et du droit interne. Elle reste néanmoins, dit M. Poulet, assez résistante dans sa totalité pour brider solidement les organes sous-jacents. Il semble même qu'elle soit trop étroite pour brider un muscle ; aussi voit-on les muscles s'échapper au dehors et faire hernie toutes les fois que l'aponévrose est le siège d'une solution de continuité.

Par sa face profonde, l'aponévrose fournit à tous les muscles des gaînes qui les isolent complètement. La rupture de l'aponévrose s'est produite plutôt en avant qu'en dedans, parce que tout l'effort était en avant, dans le muscle crural, et la preuve en est que les fibres superficielles de ce muscle ont été tiraillées, rompues.

Il faut observer que la rupture de l'aponévrose se fait en avant et en dedans suivant l'action déterminante. En effet, si l'on relit les diverses observations, on voit que dans les deux cas rapportés dans la thèse de Mourlon les hernies du premier adducteur ont été produites toutes les fois que le cavalier a fait un effort.

Les ruptures du crural sont rares. Dans le mémoire de J. Sédillot, sur 28 observations il n'y en a qu'une du droit antérieur et encore elle fut contestée ; car quelques chirurgiens prétendirent que c'était une rupture des tendons de ce muscle. Qu'on nous permette de la prendre dans la *Gazette de Santé* du 11 novembre 1816, avec les différents commentaires qui l'accompagnent :

Observation II. Un homme de 40 à 45 ans, dans une partie de plaisir, courant fortement avec un de ses amis, et se voyant près d'être dépassé redoubla tout à coup d'efforts ; il se sentit alors près de tomber, et se porta violemment en arrière ; maïs aussitôt il éprouva une vive douleur dans les genoux, tomba sur la place, et fut hors d'état de se relever ; il resta plusieurs mois au lit, et enfin, en essayant de marcher, il se trouva vers le tiers inférieur du devant de la cuisse gauche, une tumeur transversale, molle et sans douleur ; cette tumeur disparaissait quand la jambe était étendue et dans le repos, pour reparaître, dès que le membre était dans la contraction. Ayant voulu monter à cheval, et s'appuyant sur la jambe droite, il sentit de ce côté une forte douleur ; fut obligé de garder le lit encore pendant deux mois, et il se trouva du côté droit une tumeur semblable à l'autre. Tel est l'état dans lequel cet homme vint consulter M. Dupuytren.

En voyant la tumeur se former toutes les fois que le muscle droit antérieur de la cuisse se contractait, et disparaître dès que les fibres étaient dans le relâchement ; en trouvant au-dessus de la rotule une dépression correspondante au lieu où le ligament supérieur de cet os a continué de faire saillie, M. le professeur a parfaitement reconnu une rupture transversale des deux tendons.

Jean Sédillot s'élève contre l'opinion que le rédacteur de la *Gazette de Santé* attribue à Dupuytren :

« Certes, dit-il dans son mémoire, ce n'est point ici une rupture des tendons des ligaments supérieurs de la rotule, mais bien une rupture du muscle droit antérieur ; ce qui le prouve, c'est : 1° le lieu désigné dans l'observation répondant au tiers inférieur du devant de la cuisse ; 2° la vive douleur ressentie par le malade au moment de l'accident ; 3° la tumeur molle et indolente formée par la portion supérieure de la rupture.

Aucune de ces circonstances ne se serait présentée dans la rupture des tendons.

Dans notre observation, ce sont les fibres du muscle crural qui ont été rompues. Cette lésion s'est réparée concurremment avec le rétablissement modéré et progressif des fonctions de ce muscle, suivant ce grand principe de physiologie : la fonction fait l'organe.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Où en est la doctrine microbienne ?

Si l'on veut réfléchir un instant à la marche qu'a suivie dans l'opinion publique la doctrine microbienne, on reconnaîtra bien vite l'étendue du chemin qu'elle a rapidement parcouru. Il y a quelques années à peine, dans le monde médical, en France du moins, cette doctrine était fort peu de mode ; ses adeptes étaient rares, ses défenseurs plus encore. Il n'en était guère parlé que dans un nombre très restreint de laboratoires, et de temps à autre dans certaines sociétés savantes. L'enseignement classique de l'Ecole de Paris était muet à cet égard, ou s'il daignait par accident s'occuper des microbes, c'était pour les honorer de son indifférence, de son ironie, ne s'abaissant même pas à les combattre.

Pour la première fois, en 1881, la bactériologie fut officiellement introduite à la Faculté ; elle fut à ce moment enseignée et expliquée clairement dans la chaire de pathologie générale. Bien que quatre ans seulement se soient depuis lors écoulés, pareille tentative était à cette époque une nouveauté hardie.

A partir de 1881, la doctrine marcha vite, elle entra de suite dans une phase nouvelle. La raillerie fit place aux attaques, les luttes furent vives ; elles paraissent en grande partie éteintes aujourd'hui et déjà loin de nous, si on tient compte des progrès de ces trois dernières années ; on peut donc les juger avec calme. Il ne paraît pas que les adversaires de la microbiologie envahissante aient su heureusement choisir leurs armes. Là où il n'y avait place que pour des faits, ils se servirent trop souvent de mots. Au laboratoire il aurait fallu répondre par le laboratoire ; à l'expérimentation rigoureuse il aurait fallu répondre par l'expérimentation rigoureuse, et par l'expérimentation rigoureuse seulement.

Sortie victorieuse de la mêlée, la théorie microbienne aborda la période également pleine de dangers qu'elle traverse à l'heure présente : la période d'engouement. Personne ne voulait entendre parler de microbes il y a cinq années ; aujourd'hui tout le monde veut découvrir son microbe. Et comme la chose n'est pas toujours très commode, on se contente de demi-preuves.

On prend, par exemple, un poumon atteint de broncho-pneumonie rubéolique ou autre, on y colore un micrococcus qui ressemble à celui de Friedlander, et on conclut, timidement c'est vrai, que les broncho-pneumonies sont assimilables à la pneumonie lobaire, franche, aiguë. Soutenir une telle opinion, c'est aller à l'encontre de l'enseignement de tous et de tous les temps ; c'est rapprocher des affections qui évoluent sans cycle, sans phénomènes constants, d'une affection bien déterminée, à physionomie propre, à anatomie pathologique spéciale ; c'est rapprocher d'une affection primitive des lésions secondaires se produisant au cours des maladies infectieuses, comme se produisent, au cours de ces mêmes maladies, des albuminuries diverses. Et quand on fait, au point de vue pathogénique, un semblable rapprochement, apporte-t-on un ensemble de preuves aussi complètes que possible, preuves plus nécessaires encore lorsqu'on veut réformer une opinion que lorsqu'il s'agit d'expliquer, de confirmer ou d'éclairer un enseignement admis, plus nécessaires aussi lorsqu'on examine un viscère en communication avec l'air, et non un organe sans communication directe. Eh bien ! voyons.

On s'appuie sur la similitude de la forme. Mais ne sait-on pas qu'un même microbe peut passer par des formes différentes ? Ne sait-on pas que la bactéridie charbonneuse, pour prendre l'exemple le plus banal, peut se présenter à l'état de spores, de bâtonnets ou de longs filaments articulés dans les cultures ? Ne sait-on pas que, dans l'œdème du tissu cellulaire, l'agent de la gangrène gazeuse est un bâtonnet privé le plus souvent, pourvu quelquefois d'un renflement, que dans la sérosité du péritoine il s'allonge d'une façon considérable ? Ne sait-on pas que le bacille virgule, dit du choléra, existe à l'état de spirilles bosselées ou non, munies ou non d'une massue terminale ou encore à l'état de segments de spirilles plus ou moins longs ? Ne sait-on pas inversement que des microbes différents, surtout dans le domaine des micrococci qui n'ont pas grand choix dans la forme à revêtir, peuvent offrir la même apparence ? Les dimensions ne varient pas toujours ; d'ailleurs, souvent ces dimensions sont à la merci des réactifs colorants ; du violet d'aniline, par exemple, fera paraître des organismes plus gros que du bleu ou du rouge.

Refuser aux bactéries la possibilité de changer de forme, de varier dans leur morphologie suivant les stades de leur existence et suivant les milieux, c'est leur refuser du même coup la propriété d'êtres vivants, car tout ce qui vit se nourrit, tout ce qui se nourrit se modifie. On ne conçoit pas une cellule pouvant vivre sans être le siège des actes de la nutrition : apport de la matière, élaboration de cette matière, assimilation de la partie utilisable, rejet de la partie non utilisable. Or, tous ces phénomènes intimes peuvent faire varier dans des proportions minimes ou grandes les dimensions, la forme, la structure de l'organite, et la structure variant avec l'âge, variant avec le taux de la nutrition, il est possible que la propriété de fixer telle ou telle couleur varie également. Tout le monde sait que le picro-carmin revêt d'une façon plus ou moins intense la cellule jeune, adulte ou en voie de dégénérescence.

L'histoire naturelle des bactéries est loin d'être achevée ; mais de ce que les botanistes n'ont pas dit leur dernier mot, est-ce une raison pour soumettre ces êtres à des lois qui n'existent pas et qui ne servent qu'à masquer notre ignorance ? Donc se baser sur la forme, c'est choisir une base peu solide.

A-t-on du moins, au moyen des réactifs histo-chimiques, justifié le rapprochement que l'on a cherché à établir entre ces organismes des broncho-pneumonies et ceux de la pneumonie lobaire aiguë ? nullement. Les colorations au violet, la méthode de Gram, tout cela s'applique à un très grand nombre de bactéries, et ne saurait être caractéristique. Du reste il faut user de prudence pour ce genre de preuves. Est-on bien sûr en effet que chaque microbe puisse avoir son réactif histo-chimique particulier ? Voyez plutôt le bacille de la tuberculose, un des plus favorisés au point de vue qui nous occupe ; il partage déjà ses propriétés avec le bacille de la lèpre, avec des microbes mal déterminés que

l'on peut retrouver dans l'intestin, et qui donc oserait affirmer que, parmi les organismes inférieurs que nous ignorons et dont le nombre est immense, surtout si on le compare à celui des organismes inférieurs connus, qui donc oserait affirmer que, parmi ces êtres inconnus et que le hasard peut amener dans une préparation, aucun n'a la réaction du bacille de la tuberculose? Voyez encore la fortune déjà chancelante du bacille de Lustgarten. Il avait,lui aussi,sa technique spéciale,d'ailleurs assez compliquée, et déjà on en a découvert d'autres qui n'habitent point les produits syphilitiques et jouissent cependant des mêmes propriétés de coloration.

Les cultures elles-mêmes ne prouvent évidemment qu'une chose, à savoir, si elles réussissent, que l'on a affaire à un élément vivant capable de se reproduire, mais point du tout que cet élément est pathogène ou non. Je sais bien que pour les cultures, principalement depuis l'heureuse innovation des bouillons solides, on décrit certain aspect de la gélatine ou de l'agar comme propre à certain microbe, raisonnement fragile qui escompte l'avenir et qui suppose que,parmi les très nombreux microbes de demain, aucun ne reproduira ce même aspect. De même en chimie, hier une réaction spéciale appartenait en propre à telle ptomaïne; aujourd'hui on découvre une nouvelle ptomaïne qui a la même réaction.

Que cependant on ne nous fasse pas dire plus que nous ne voulons dire. Une précision plus grande dans la disposition des lésions, des comparaisons plus nettes, des différences ou des analogies mieux établies, sont l'œuvre de l'étude des formes, des colorations, en un mot de l'étude anatomique, étude anatomique qui, en décelant un micro-organisme, peut être le point de départ d'une découverte. Une apparence donnée d'une culture peut également être caractéristique et hâter les recherches. Ainsi en est-il des flocons soyeux du charbon bactéridien, des colorations des microbes chromogènes, etc. Mais il ne faut jamais demander à un procédé plus qu'il ne peut fournir, et cela dans l'intérêt du procédé lui-même. On doit se souvenir sans cesse que ni la forme, ni la coloration, ni la culture ne prouvent qu'un microbe est pathogène d'une maladie; pour cela, il faut reproduire la maladie, et non une affection quelconque qui tue le cobaye ou le lapin, il faut reproduire la maladie en inoculant à faible dose une quatrième ou cinquième culture. Ce que nous disons là est banal, vulgaire, bien connu; pourtant, que de chercheurs oublient qu'en dehors de la méthode de Pasteur, il peut y avoir des probabilités, mais non une démonstration mathématique!

On va jusqu'à se contenter de simples analogies ou même d'affirmations. On généralise trop vite; ce que l'on connaît d'une maladie, on l'applique à toutes les autres. Ainsi on savait que pour quelques affections, le charbon symptomatique par exemple, on pouvait, en inoculant par voie déterminée, produire une maladie vaccinale. Ce fait a suffi à bien des personnes, et parmi elles des médecins, pour croire qu'il devait en être de même lorsqu'il s'agissait du choléra, opinion bien vite démontrée fausse.

Il est bon, sans doute, de chercher de nouveaux microbes, mais il faut aussi creuser ce que nous savons. Il faut, dans les maladies infectieuses connues, savoir ce qui est contagieux, ce qui l'est le plus, ce qui l'est le moins; cela importe à la pathologie, cela importe à l'hygiène qui a pour mission de connaître ce qu'on doit écarter et ce qu'on peut laisser couler librement. Il faut créer des catégories parmi ces affections. Les unes sont des maladies du sang, et ce sont là les plus redoutables, parce que le microbe va partout et sort par toutes les voies; les autres sont des maladies des tissus, l'agent pathogène ne circule point dans les vaisseaux; d'autres enfin forment une classe intermédiaire. Celles-ci créent l'immunité, la syphilis; celles-là, comme la tuberculose et la morve, peuvent récidiver. Pour les premières, des vaccins sont probables; pour les secondes, les vaccins sont difficiles, sinon impossibles. Telle bactérie pénètre par toutes les portes, telle autre ne peut agir que si on la dépose dans le sang ou dans les profondeurs du tissu cellulaire, telle autre enfin produit une maladie vaccinale si elle entre par une voie donnée alors que par une voie différente elle détermine la mort. Et puis, il y a les produits chimiques, fonctions des micro-organismes, produits dont on joue tant et qu'en dehors de quelques-uns, comme la pyocyanine, nous connaissons si mal; ces produits, mieux étudiés, mieux isolés, aideront sans doute à établir des distinctions.

Il existe encore bien des considérations qui pourraient servir à former des familles, des variétés dans le domaine de l'infection. Mais pour atteindre utilement le but, il faut pénétrer chaque question; il ne faut point, comme nous l'avons dit, conclure sans preuve directe que le bacille virgule aérobie placé dans le tissu conjonctif vaccine, parce que l'agent anaérobie du charbon symptomatique introduit dans le même milieu paraît vacciner; il faut étudier davantage la biologie des microbes, les moyens d'atténuer ou d'exalter leur virulence. Ce n'est que par des connaissances approfondies et non par une série de connaissances superficielles que l'on peut tirer d'une doctrine des conclusions pratiques.

Cherchons de nouveaux microbes, mais patiemment, sagement; parce que la démonstration exacte devient difficile, à cause du petit nombre de maladies communes à l'homme et aux animaux dont l'agent pathogène reste à déterminer, ce n'est point un motif pour se départir de la rigueur scientifique. Se contenter de demi-preuves, de forme, de coloration ou de simple culture, c'est refaire sans profit et sans nouveauté l'œuvre de Hallier, c'est se montrer l'ennemi d'une doctrine qui ne procède que par faits et la compromettre aux yeux de tous. Cherchons par quel procédé les bactéries font la maladie; soumettons toutes les théories, quelque séduisantes qu'elles soient, au contrôle des faits et ne nous contentons pas d'hypothèses. Cherchons aussi de nouvelles méthodes, surtout pour les inoculations. Les méthodes importent avant tout. Ce qui constitue la gloire et les services de Pasteur, ce n'est pas tant d'avoir trouvé un microbe de plus ou de moins, c'est de nous avoir appris des méthodes, car il y a des méthodes de Pasteur et non une méthode; la méthode de l'isolement par les cul-

tures, la méthode de l'accroissement ou de la diminution de la virulence par le passage dans tel ou tel organisme animal, la méthode d'atténuation par l'oxygène, etc... De même l'Ecole de Lyon aura bien mérité en trouvant le principe de la variation de la virulence suivant la porte d'entrée.

Souhaitons enfin que les chimistes biologistes veuillent bien un jour s'occuper de cette importante question du terrain. Qu'ils nous disent ce que sont ces variétés de composition, faisant fructifier ou périr les germes; qu'ils remplacent par une équation chimique ces mots de tempérament, de constitution, d'opportunité, mots qui ne font que masquer notre ignorance à l'endroit d'une chose que l'observation nous oblige à concevoir, mais que nous ne saisissons pas dans son intimité, mots dont tout esprit amoureux du réel et non de la métaphysique doit désirer la disparition. Autrefois le miasme, le germe, le contage étaient reconnus par tous ; ces êtres hypothétiques dont nous ne savions, ni l'état, ni la couleur, ni les propriétés, la nécessité nous les avait fait inventer. Aujourd'hui nous savons ce qu'ils sont, ils tombent sous nos sens, une chose a remplacé un mot, et il a fallu une incroyable logique pour les rejeter quand ils sont devenus tangibles, alors qu'on les admettait, quand ils étaient mystérieux. Peut-être aussi que le jour où une formule exacte viendra prendre la place des mots de tempérament, de constitution et nous les faire comprendre clairement, peut-être que ce jour-là il se trouvera des médecins pour nier le tempérament et la constitution que tous les siècles ont admis, comme tous ils avaient admis les microbes.

Ouverture du cours de M. Malassez.

Le savant professeur d'histologie du Collège de France, celui qui représente cette science avec une autorité si grande (autorité malheureusement plus reconnue à l'étranger que chez nous) celui qui, par la hardiesse de ses conceptions et la rigueur qu'il impose à toutes ses recherches, donne un démenti éclatant à ceux qui prétendent que l'histologie n'est pas une science française, M. Ranvier s'est fait remplacer cet hiver par M. Malassez, le directeur de son laboratoire. Nous n'avons nul besoin de présenter M. Malassez aux lecteurs du *Progrès médical*. Nous avons eu souvent à parler de ses travaux, tous empreints d'une si grande exactitude, d'un si profond esprit d'analyse, que nous regrettions que sa trop grande modestie ne lui fît pas chercher un mode autre que la publication de notes ou de mémoires pour faire connaître au monde médical et scientifique, le résultat de ses nombreuses recherches. Les chefs des services des hôpitaux de Paris, les internes qui sont venus lui apporter des pièces d'anatomie pathologique ou ceux qui ont travaillé au laboratoire d'histologie du Collège de France, savent combien est grande la clareté de son esprit. Ils ont vu le soin qu'il mettait dans ses examens, le soin qu'il mettait à critiquer lui-même ses opinions, combien il se mettait en garde contre les erreurs possibles, tout en les montrant et enfin avec quelle lucidité il tirait des conclusions pratiques de ses examens et de ses travaux. Aussi tous, nous le pensons, si nous en jugeons par la composition de son premier auditoire, avaient tenu à assister à ses premières leçons, ils étaient heureux de le voir forcé d'exposer dans une série de leçons, une partie des connaissances qu'il a acquises.

M. Malassez a pris pour sujet de son cours : *Le sang, la lymphe et les voies circulatoires*, c'est un des sujets qu'il a le plus approfondi. Tout le monde sait, en effet, que M. Malassez a fait toute une série de travaux sur la formation des globules rouges, sur le nombre, la forme, la couleur, les différents aspects que ces éléments présentent chez l'être sain et l'être malade, qu'il a construit plusieurs appareils permettant de compter rapidement le nombre des globules, d'apprécier la masse totale du sang et de déterminer enfin la richesse en hémoglobine de ce liquide.

M. Malassez, après avoir remercié, en quelques mots, au début de sa première leçon, M. Ranvier, de l'avoir désigné pour le remplacer et avoir dit qu'il lui serait fort difficile de suppléer un homme qui occupe dans les sciences anatomiques, la même place que son maître M. Bernard occupait dans les sciences physiologiques; aborda le sujet de son cours. Les deux premières leçons de M. Malassez ont roulé uniquement sur les généralités que présentent le sang et la lymphe dans les différents êtres de l'échelle zoologique. Il a fait ressortir cette loi importante, que plus l'animal est élevé, plus les symptômes circulatoires de ces liquides étaient importants et plus ils étaient perfectionnés.

L'élocution facile de M. Malassez qui, le premier jour, avait été un peu troublé au début de sa leçon, par une émotion facile à comprendre et que n'avaient pas dû calmer les applaudissements chaleureux qui saluèrent son entrée, la clareté de son exposition, l'abondance de son érudition et la fine critique que nous avons plusieurs fois remarquée, nous font présager que son cours aura un véritable succès et sera véritablement utile. Comme bien on le pense, il nous est impossible à présent de faire une analyse de ce cours, mais nous espérons que ces leçons seront recueillies et publiées, afin qu'un public plus nombreux que le public toujours relativement restreint d'un cours du Collège de France, puisse en profiter, l'analyse de ce cours pourra alors se faire utilement.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 7 décembre 1885. — Présidence de M. Jurien de la Gravière.

M. Vulpian a fait des recherches relatives à l'*influence qu'exercent les lésions de la moelle épinière sur la forme des convulsions de l'épilepsie expérimentale d'origine cérébrale*, provoquée par la faradisation du gyrus sigmoïde. La section transversale d'une moitié de la moelle épinière ne modifie pas sensiblement les mouvements causés par une faradisation modérée du gyrus sigmoïde gauche dans la moitié droite de la face et dans le membre antérieur droit. Les incitations motrices partant d'un des hémisphères cérébraux peuvent être transmises au membre postérieur du côté opposé, bien que la moitié de la moelle, qui correspond à ce membre, ait subi une section transversale complète dans la région dorsale. D'autre part, les lésions de la moelle épinière modifient les effets des incitations motrices convulsivantes, émanées du cerveau, de façon à remplacer par une contracture véritable, dans le membre postérieur du côté correspondant à la lésion médullaire, les mouvements cloniques qui y auraient eu lieu si la moelle avait été intacte.

M. Quinquaud communique les résultats de ses expériences sur la *dénutrition expérimentale*. Lorsqu'on abandonne à lui-même un organe ou un fragment d'organe, on trouve une augmentation progressive du poids des substances solubles dans l'eau et considérées comme des déchets. La rate, les reins, le foie et les poumons sont les organes où la désassimilation est la plus active ; la dénu-

trition est moins intense dans les muscles de la vie de relation, dans le cœur et dans le cerveau ; l'os est le tissu dans lequel le mouvement dénutritif est le plus faible.

MM. CAZENEUVE et LÉPINE étudient les *effets produits par l'ingestion et l'infusion intra-veineuse de trois colorants jaunes, dérivés de la houille* et employés pour colorer les boissons et les denrées alimentaires. Le jaune de binitronaphtol sodique est doué d'une assez grande toxicité, puisqu'il produit, à dose relativement faible, une respiration haletante, une grande élévation de la température périphérique et la mort. Ce même produit, à l'état sulfo-conjugué, n'a plus de toxicité appréciable ; l'azoïque sulfo-conjugué appelé jaune solide, parait au moins aussi inoffensif que le précédent.

M. L. JOUBIN adresse une note sur l'*anatomie d'un brachiopode très rare du genre Discina.*

M. CHARPENTIER maintient ses droits de priorité dans la question du rôle des bâtonnets et des cônes, soulevée par M. Parinaud.

M. EMILE RIVIÈRE présente une note sur la *découverte d'une station humaine* de l'âge de pierre dans le bois de Clamart. P. L.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 12 décembre 1885. — PRÉSIDENCE DE M. D'ARSONVAL.

M. LE PRÉSIDENT annonce la mort d'un des membres correspondants de la Société, le professeur ORTING (d'Utrecht).

M. LABORDE a expérimenté l'*hypnone* et a vu que ce corps, injecté sous la peau, produisait un abaissement considérable de la pression sanguine ; il a en outre déterminé des effets locaux irritatifs.

M. BERNHEIM lit une communication sur les *souvenirs latents et les suggestions à longue échéance* et en donne une interprétation psychologique.

M. CH. RICHET rappelle que, dès 1875, il a rapporté des faits analogues en en donnant l'interprétation.

M. CH. FÉRÉ en a également publié un certain nombre.

M. DUPUY insiste sur le trajet que suivent les courants électriques qui prennent pour conducteurs les artères qui siègent au milieu de la masse cérébrale, en considérant par exemple certains centres qui se trouvent dans la capsule interne.

M. FRANCK, dans une étude qu'il a faite avec M. PITRES des propriétés psychologiques de la capsule interne, a vu, bien avant M. Dupuy, l'existence de ces centres, mais il est loin de se ranger à l'avis de cet auteur, en ce qui concerne la propagation du courant le long des artères, pour expliquer l'action spéciale dévolue à chacun de ces centres.

M. LABORDE dit que les expériences de M. Dupuy, instituées en vue de combattre les centres moteurs, ne prouvent rien dans la circonstance, car il y a toujours cette action croisée que ne saurait expliquer la diffusion du courant qui suit un tronc artériel.

M. ŒCHSNER DE CONINCK dépose une note *sur quelques réactions de la spartéine.*

M. RÉMY est nommé membre titulaire de la Société.

GILLES DE LA TOURETTE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 15 décembre 1885. — PRÉSIDENCE DE M. BERGERON.

M. PROUST, secrétaire annuel, fait la lecture de son *rapport général sur les prix* décernés en 1885.

M. LE PRÉSIDENT donne lecture de son rapport sur le prix Laval, le prix Oulmont et les prix proposés pour l'année 1886.

M. J. ROCHARD fait l'*éloge de Chassaignac.*

Prix de l'Académie (1000 fr.) : Des corps étrangers dans les articulations. L'Académie accorde le prix à MM. POULET et VAILLARD.

Prix Barbier (2000 fr.) : M. LELOIR pour ses études dermatologiques. L'Académie accorde une mention honorable à M. GIBIER pour ses recherches expérimentales sur la rage.

Prix Buignet (1500 fr.) : M. QUINQUAUD, pour son travail sur les altérations du sang dans les maladies. L'Académie accorde une mention honorable à M. BÉCLARD, pour son traité de thermométrie médicale.

Prix Capuron (1000 fr.) Pas de prix, mais une récompense de 300 fr. à M. BRÉGNAT.

Prix Civrieux (1000 fr.) : M. BIDON (de Mareille).

Prix Desportes (1500 fr.) : L'Académie ne décerne pas de prix, mais accorde une récompense de 500 fr. à MM. L. ARDUIN, GINGEOT et ROUX ; une mention honorable à M. P. GAGNY.

Concours-Vulfranc-Gerdy : L'Académie a accordé à M. OMONT la somme de 6000 fr., avec mission d'aller étudier les eaux minérales du Caucase.

Prix Godard (1000 fr.) : M. L. TISSIER.

Prix Itard (3000 fr.) : L'Académie accorde un prix de 2500 fr. à M. Lœwenberg, et une mention honorable avec 500 fr. à MM. DESPINES et PICOT.

Prix Laval (1,000 fr.) : M. BABINSKI, chef de clinique à la Faculté.

Fondation A. Monbinne (2,000 fr.) : M. COLLIN, pharmacien à Colombes.

Prix Oulmont (1,000 fr.) : M. GILBERT, interne à l'hôpital Saint-Louis.

Prix Portal (1,000 fr.) : M. LIÉGEOIS (Vosges). Mentions honorables à MM. GELLINEAU, MARTINET et GAUTHIER.

Prix Vernois (800 fr.) à M. SCHINDLER. Mentions honorables à MM. DU MESNIL, MIQUEL et REDARD.

Suivent des récompenses, des médailles, accordées aux médecins pour les services des eaux minérales, des épidémies, de l'hygiène de l'enfance, de la vaccine.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 11 décembre 1885. — PRÉSIDENCE DE M. VIDAL.

M. MILLARD présente un malade, âgé de 35 ans, atteint d'hémiplégie gauche flasque, avec hémianesthésie sensitive et sensorielle, ayant déjà eu à plusieurs reprises des pertes de connaissance et de l'hémiplégie transitoire. Ce sujet est donc un hystérique.

M. DEBOVE fait une communication portant ce titre : « De l'influence de la quantité d'eau ingérée sur la nutrition ». Il montre l'importance de cette question en apparence si simple, la multiplicité des opinions sur ce point et pense qu'une seule expérience bien faite vaut mieux que toutes les théories. Cette expérience a été instituée de la façon suivante : on a suggéré à une hystérique de boire et de manger exclusivement une quantité d'aliments fixée à l'avance et de rester presque constamment immobile. Cette ration se composait de 200 gr. de viande, 600 gr. de pain et un litre de tisane ; la malade la prit scrupuleusement pendant environ un mois et tout le temps la quantité d'urine et l'urée furent notées exactement. Pendant un second mois, le régime solide restant le même, la quantité de liquide fut portée à quatre litres, puis pendant un mois encore ramenée à un litre. Durant cette seconde partie de l'expérience les quantités d'urine et d'urée furent observées avec soin. Or tout le temps, quelle que fut la quantité du liquide ingéré, le poids de la malade ne varia pas, et la quantité d'urée excrétée resta le même à très peu de chose près. D'où l'auteur conclut qu'il est aussi inutile thérapeutiquement de rationner que de prescrire l'usage des boissons.

M. ROBIN signale les expériences faites, il y a une trentaine d'années, par Genth sur lui-même et qui démontrent qu'en portant la dose journalière d'eau ingérée de 1500 gr. à deux, puis à quatres litres, tout en conservant la même ration d'entretien, la quantité d'urée émise augmenta d'une façon très notable.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ pour montrer l'action que peut avoir l'eau sur la digestion, cite les expériences de Schiff sur le pouvoir digestif *in vitro* de l'estomac du chien, pouvoir qui était beaucoup augmenté lorsqu'on ajoutait une quantité considérable d'eau. Les expériences faites par la commission du Codex

sur le pouvoir digestif des diverses pepsines, montre aussi qu'une addition d'eau, dans une certaine mesure, à la digestion artificielle, en train de se faire, augmente le pouvoir digestif de la pepsine qui est entravé au contraire par la présence des peptones déjà obtenues. Donc en augmentant la quantité d'eau ingérée, on facilite la digestion ; donc plus on prend d'eau, mieux on digère et plus on rend d'urée ; aussi peut-on considérer qu'il est bon d'empêcher les obèses de boire, parce qu'on les empêche ainsi de digérer. C'est peut être simplement parce qu'on peut en absorber beaucoup sans inconvénient que l'eau de Pougues donne de si bons résultats chez les dyspeptiques.

MM. Guyot et Hayem critiquent le choix qu'a fait M. Debove d'une hystérique comme sujet d'expérience. L'immobilité anormale du sujet, puis les modifications profondes que la nutrition subit chez les hystériques doivent vicier les résultats obtenus. — M. Debove répond successivement à ses contradicteurs et affirme que, d'après ses recherches, la nutrition se fait chez l'hystérique comme chez l'homme sain.

M. Alb. Robin a pu observer en détail trois faits de *rupture du cœur* et croit pouvoir établir la symptomatologie de ces accidents pathologiques. En général la rupture survient chez des sujets dont le myocarde est scléreux, cette lésion ayant pu rester latente jusqu'alors (17 fois sur 27 cas cités dans les auteurs). L'effort est en général considéré comme la cause déterminante de l'accident, mais la rupture ne se fait pas en général d'un seul coup ; il y a d'abord fissure puis pénétration du sang entre les fibres du myocarde et un peu plus tard dissociation, puis désintégration de ces fibres. A ce premier stade anatomique correspond cliniquement une douleur précordiale, vive analogue à l'angor avec irradiation dans le bras gauche, parfois dans les deux bras avec sensation d'engourdissement, puis la douleur diminue sans disparaître complètement, elle est exagérée par les mouvements. Le malade peut néanmoins vaquer encore à ses occupations, puis dans un délai assez court (12 heures dans une des 3 observations de l'auteur), la déchirure se fait complètement ; il survient alors subitement une douleur précordiale violente et le malade meurt en quelques instants — 70 secondes chez la première malade observée par M. Robin. — Par suite de la retraite de M. Guibout, M. Quinquaud passe d'Ivry à Saint-Louis, M. Roques de Lourcine à Ivry et M. Balzer du bureau central à Lourcine.

L. Capitan.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 16 décembre 1885. — Présidence de M. Duplay.

M. Terrier, à propos du procès-verbal, rapporte une observation de *tumeur polykystique de l'ovaire récidivée et généralisée.* Il conclut que dans certains cas, l'examen histologique peut renseigner le chirurgien sur la nature maligne de la tumeur et faire prévoir une récidive à distance, lors même que rien dans la disposition ni dans la forme de la tumeur ovarique ne pouvait faire soupçonner sa malignité.

M. Chauvel lit un rapport sur une observation du Dr Grandmaison, et ayant pour titre : *Ponction d'un sac herniaire dans un cas d'ascite par cancer du péritoine.*

M. Le Dentu donne lecture d'un premier rapport sur une observation du Dr Baudry (de Lille) ayant trait à l'introduction dans l'orbite d'une multitude de fragments de vitres. Le second rapport concerne une série d'observations communiquées à la Société par le Dr Debrouc (d'Alger), et parmi lesquelles M. Le Dentu signale un *cas de bec-de-lièvre commissural*, un *épithélioma pavimenteux du sein chez l'homme*, et enfin un véritable travail *sur les méthodes de traitement de la chute de matrice.*

M. Pozzi, à propos de ce dernier travail, fait quelques remarques sur les procédés de traitement à appliquer aux différents cas de chute de matrice et sur les résultats dissemblables que l'on obtient suivant qu'il existe un allongement hypertrophique de la portion sus-vaginale du col ou non.

M. Tillaux fait un rapport sur une observation de M. Houzel (de Boulogne-sur-Mer) : *Anévrysme diffus primitif chez un enfant, abcès, ouverture, tamponnement et compression ; guérison.* M. Tillaux fait observer qu'il peut arriver qu'un anévrysme soit pris pour un abcès ; que, dans la majorité des cas, les choses ne se passent pas aussi simplement et que la guérison sans intervention chirurgicale est exceptionnelle, et qu'enfin la méthode de traitement dans les anévrysmes diffus de l'axillaire est la ligature au-dessus et au-dessous de la poche préalablement ouverte.

M. Verneuil fait remarquer que, dans le cas de M. Houzel, il y a un élément dont il faut tenir grand compte c'est l'âge du sujet. Chez un homme plus avancé en âge, la compression n'aurait probablement pas réussi ; il faut toute la complaisance du système artériel des enfants pour qu'une compression aussi énergique que celle mise en pratique puisse être supportée, et pour que la circulation se rétablisse dans le membre supérieur.

M. Reclus fait une communication sur *une forme d'épididymite syphilitique pouvant en imposer pour une épididymite tuberculeuse.* — Un jeune homme de 18 ans, très amaigri, avec des sueurs nocturnes et un mauvais état général, portait à l'épidydime gauche une tumeur souple, englobant le canal déférent, mais laissant le testicule dans une intégrité absolue. La conclusion première avait été qu'il s'agissait d'une épidydimite tuberculeuse et le malade fut soumis au traitement général reconstituant. L'état général s'améliora, mais les accidents locaux augmentèrent au bout de quelques mois ; tuméfaction du scrotum gauche ; abcès, ouverture avec perte de substance en même temps qu'apparaissait du côté du tibia, une exostose. M. Reclus admit alors une gomme syphilitique et le traitement spécifique ne tarda pas à amener une amélioration très rapide, surtout du côté du tibia. La guérison, en effet, ne tarda pas à être complète, mais fut entravée par l'apparition d'une orchite et d'un fongus ; celui-ci se pédiculisa, vint faire saillie par la perte de substance du scrotum et tomba bientôt de lui-même. Cette observation présente donc des particularités intéressantes que M. Reclus met brièvement en relief : elle prouve d'abord qu'il peut y avoir suppuration des gommes du testicule ; elle nous montre que des accidents gommeux peuvent être très précoces, puisque chez le malade de M. Reclus, leur apparition s'est faite 7 mois après une inoculation passée inaperçue ; que, de plus, l'altération syphilitique ne débute pas toujours par le testicule, comme on l'a dit pendant longtemps. Enfin, on peut encore de ce fait, tirer cette conclusion : qu'à côté de l'épididymite gommeuse circonscrite décrite par MM. Fournier et Dron, il en existe une autre variété qui peut avoir une évolution très précoce et qui diffère de celle de Dron par les caractères de diffusion qu'elle présente.

M. Quenu lit une observation de *laparotomie pour étranglement interne. Guérison.*

M. Polaillon, dans une précédente séance, avait rapporté une observation de taille hypogastrique où le péritoine descendant jusqu'au pubis, n'avait pas permis de pratiquer l'opération. Le malade ayant succombé à des accidents de pyélo-néphrite, M. Polaillon présente les pièces anatomiques ayant trait à ce cas. Le petit volume de la vessie hypertrophiée, la dilatation des uretères qui offrent le calibre d'une anse d'intestin grêle et celle du rein, permettent d'expliquer pourquoi la vessie, malgré l'injection de 150 grammes d'eau, était restée inaccessible. C'est qu'en effet l'eau injectée passait par l'ouverture des uretères, dans ces conduits et dans le rein ; la vessie ne subissant aucun changement de volume, et de plus, appliquée fortement sur le calcul, n'avait aucune tendance à venir faire saillie sur la paroi abdominale et à repousser en haut le péritoine. On conçoit que dans ces conditions, cet organe restait en dehors de l'action du chirurgien.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 25 *novembre* 1885. — Présidence de M. Duhomme.

M. Campardon fait hommage à la Société d'une brochure

intitulée : *Etude générale sur l'emploi thérapeutique de la cocaïne.* Il s'est bien trouvé de l'emploi de cette substance en injections hypodermiques au nombre de 4 à 1/50ᵉ, dans un cas de vomissement survenu dans le courant d'une dothiénentérie.

M. C. de Gassicourt a employé la cocaïne en solution à 5 0/0 en badigeonnages contre les quintes de toux dans la coqueluche. Il badigeonne d'abord les piliers du voile du palais, puis dix minutes plus tard seulement le fond de la gorge. De cette façon, il diminue le nombre des quintes et prévient les vomissements. M. Labric s'est également bien trouvé de ce traitement.

M. C. Paul pense qu'il faut pour chaque affection spécifier exactement le point de la gorge et de l'arrière-gorge qui doit être touché.

M. E. Labbé a obtenu de bons résultats avec une solution iodo-iodurée laudanisée et pense que l'action locale du badigeonnage a peut-être autant d'effet spécifique que celle du médicament employé.

M. Dujardin-Beaumetz, qui a de nouveau expérimenté l'hypnone, donne 8 gouttes de ce médicament renfermé dans des perles qui en contiennent chacune deux gouttes avec un peu d'éther. Cette substance n'est pas analgésique et son emploi ne présente aucun inconvénient.

M. Huchard, qui a également expérimenté sur un assez grand nombre de malades, est arrivé à des conclusions qui se rapprochent beaucoup de celles de M. D. Beaumetz. Il a donné la substance en potion à la dose de 6 à 8 gouttes.

M. C. Paul recommande la formule suivante :

Hypnone	VI gouttes
Glycérine.	2 gr.
Looch	50 gr.

M. P. Vigier fait connaître diverses préparations pharmaceutiques à l'hypnone ; des *capsules* (4 gouttes) ; un *sirop*, un *élixir* renfermant chacun une goutte par cuiller à café.

M. Petit a préparé également un sirop qui en contient trois gouttes par cuiller à bouche.

Séance du 9 décembre 1885. — Présidence de M. Duhomme.

M. Grellety montre plus de 500 grammes de sables biliaires rendus en 5 mois par un malade, qui eut une série de coliques hépatiques, sans expulser jamais qu'un seul calcul. Une saison à Vichy le débarrassa de ses douleurs.

M. Trasbot a employé le sulfate d'ésérine en injections sous cutanées à la dose de 20 à 25 centigrammes en deux fois, dissous dans 10 à 15 grammes d'eau distillée, pour combattre l'indigestion stomacale et la congestion intestinale chez les chevaux. Il a retiré certains bénéfices de ce médicament qui favorise puissamment les contractions musculaires de l'appareil digestif. Répondant à une demande de M. C. Paul, il dit qu'il ne faudrait pas conclure du cheval à l'homme, vu la disposition différente des diverses parties de cet appareil.

M. C. Paul parle du procédé de M. Boudet de Paris qui consiste, comme on le sait, à stimuler les contractions intestinales par l'application, suivant un mode spécial de l'électricité: il en a plusieurs fois constaté les bons effets. Enfin il attire l'attention de la Société sur la constipation latente des vieillards qui semblent vider leur intestin alors qu'ils emmagasinent des quantités considérables de matières fécales. Il devient nécessaire, afin d'éviter des accidents, de prescrire tous les trois jours un lavement au sené.

M. C. de Gassicourt s'est très bien trouvé de l'emploi de cette méthode alors qu'il était médecin de l'hospice d'Ivry.

M. Labbé a observé un malade qui resta 43 jours consécutifs sans aller à la selle. Tous les procédés ordinaires échouèrent. Afin de pallier à la surdistension énorme des anses intestinales, il fit à plusieurs reprises des ponctions capillaires qui leur permirent de se vider des gaz quelles contenaient. Il fit en outre des piqûres de morphine, afin de calmer les douleurs qui étaient intenses. Enfin il put progressivement faire pénétrer près de deux litres de liquide dans le gros intestin ; le malade eut une débâcle et guérit. Il insiste sur les ponctions capillaires et sur l'emploi de la morphine qui cependant paraît contre-indiquée dans la circonstance. Cependant l'administration de l'opium rentre dans le traitement de l'occlusion intestinale préconisé par M. Nicaise.

M. Trasbot dit qu'on fait souvent ces ponctions chez les animaux dans de semblables circonstances et qu'on en retire de grands bénéfices.

M. Limousin lit une note sur les propriétés pharmacologiques de l'hypnone. Chaque goutte pèse 2 centigr. 1/2 ; on peut en prescrire de 4 à 12 gouttes. L'emploi simultané de l'huile d'amandes douces empêche le renvoi désagréable de l'acétone par l'haleine.

M. Dujardin-Beaumetz lit une protestation de M. Friedel qui a découvert ce corps. Cet auteur repousse le terme d'hypnone que lui a donné M. D. Beaumetz. Il n'accepte pas également celui de phényl-méthyl-acétone, emprunté dit-il à la nomenclature allemande: son véritable nom est phényl-méthyl-carbonyle. M. Beaumetz a donné ce corps jusqu'à la dose de 16 gouttes : enfin des expériences en cours d'exécution lui permettent de lui attribuer des propriétés anesthésiques qu'il lui avait précédemment refusées, car en injections sous-cutanées il favorise et prolonge le sommeil chloroformique.

M. Huchard dit que l'hypnone n'a plus produit chez ses malades des résultats aussi invariables que ceux qu'il avait précédemment observés. Il cherche en ce moment l'action d'un nouvel hypnotique, l'uréthane.

M. Labbé a dû à l'hypnone un remarquable succès.

Elections. — M. Bédoin est nommé membre titulaire et M. Nassalomgho (de Vérone), membre correspondant.

Gilles de la Tourette.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

XX. Traitement de la crampe des écrivains, par A. de Watteville, M. A., M. D., B. Sc., médecin chargé du service électro-thérapique à St-Mary's-Hospital. (1).

XX. Le groupe de symptômes—névralgiques, paralytiques et spasmodiques—diversement combinés, qui constitue l'affection connue sous le nom de crampe des écrivains paraît avoir jusqu'à présent défié tous les efforts de la thérapeutique.

Je ne puis complètement exposer ici les différentes théories qui ont été proposées pour expliquer cette singulière névrose. Sa variabilité clinique, avec prédominance sensitive et plus souvent motrice, plaide certainement en faveur de son origine périphérique. Le Dʳ Vivian Poore la range parmi les « maladies de fatigue musculaire chronique ». Le symptôme pathognomonique de ces troubles musculaires tire son importance de ce qu'il n'apparaît que pendant l'action coordinatrice professionnelle. Lorsque la douleur existe, elle peut être spontanée, mais elle est causée et exagérée surtout par ces mêmes mouvements intentionnels.

La thérapeutique s'est évertuée à chercher un remède, l'électricité, l'hydrothérapie, ont donné de bons résultats ; mais, jusqu'à ces cinq ou six dernières années, personne n'avait trouvé une méthode assurant la guérison de cette pénible affection.

En 1881, M. le professeur Charcot, sous la foi de certains rapports publiés en Allemagne, reçut à Paris M. J. Wolff qui, par ses applications de massage et de gymnastique combinés, avait acquis dans son pays une grande réputation. Celui-ci guérit en deux ou trois semaines deux malades atteints de crampe invétérée (*Progrès médical*, 21 janvier 1882). Depuis cette époque, la méthode se propagea, et M. Wolff vint lui-même en Angleterre l'exposer. Je suivis avec le plus grand intérêt ses expériences et je donne ici le résumé de l'observation de quatre malades qu'il traita sous mes yeux.

Premier cas. — H. S., 38 ans, représentant de commerce ; grand et musclé, assez délicat toutefois et sans maladies antérieures. Quelques antécédents nerveux et héréditaires. Il y a

(1) Cette notice a été extraite de deux articles de M. Wateville, parus dans le *British medical journal*, le 14 février 1885, et dans *The Lancet* du 2 mai 1885. (G. T.)

déjà fort longtemps, la maladie survint progressivement. H. S. cessa de pouvoir écrire en même temps qu'apparurent les douleurs dans l'avant-bras, le bras et l'épaule. M. Wollf se traita quatre semaines. Les opérations d'extension, de massage et de gymnastique locale furent répétées deux fois par jour pendant

I am suffering from
Writers Cramp and
I am now cured
of the Cramp.

Fig. 115.

35 à 40 minutes chaque séance. Il guérit, et je donne ici (*fig.* 115) un spécimen de son écriture avant et après le traitement.

Deuxième cas. — M. V. B., marchand, 35 ans, vigoureux, sans antécédents, souffrait de la crampe des écrivains depuis 10 ans ; le pouce et le petit doigt étaient surtout pris. Toutes les méthodes de traitement ayant échoué, je le confiai aux soins de M. Wollf qui le guérit en cinq semaines. On peut voir d'après ces spécimens (*fig.* 116) que la guérison fut complète.

Les résultats inespérés obtenus dans ces deux cas pris au hasard me convainquirent, outre le témoignage d'un grand nombre de médecins, que la réputation de M. Wolf était bien méritée. J'observai attentivement la façon dont il traitait ses malades, et, avant de décrire sa méthode, je dois rapporter deux nouveaux cas dans lesquels il obtint un succès complet.

Troisième cas. — M. G. H., marchand, sans antécédents personnels ou héréditaires, ressentit il y a 17 ans une faiblesse dans le pouce, l'index et le médius, avec une tendance à la torsion de la main en dedans pendant l'acte d'écrire. Ces symptômes s'aggravèrent en 1874, époque à laquelle les douleurs apparurent dans le poignet, le bras et l'avant-bras. Il continua à écrire, et, chose étrange, les troubles moteurs et sensitifs

London
19. November 1884
[illegible]
London January 6th
1885
Dear Sir
I beg to inform you

Fig. 116.

parurent néanmoins s'amender, bien qu'ils fussent remplacés par des tremblements. Pendant ces 4 dernières années, l'usage de la plume devint complètement impossible. Je vis M. G. H., en 1883, et de nouveau le 16 janvier 1885, époque à laquelle je le remis entre les mains de M. J. Wolff. Nous prîmes plusieurs spécimens (*fig.* 117) d'écriture et celui qui porte la date du 16 janvier fut recueilli juste avant la première manipulation. Leur considération en dit plus qu'une longue description. L'amélioration fut rapide, et le 30 du même mois de janvier, M. G. H. retournait à Liverpool. Il pouvait écrire plusieurs heures par jour sans difficulté.

16/1) [illegible]
[illegible]
[illegible] 85
My dear Sir
London 19 Jan 85
My Dear Sir
London 24/1/85
My Dear Sir
My hand
trembles much
less
London 28 Jan/85
My dear Sir
I am aware
of continued im
provement

Fig. 117.

Quatrième cas. — Mme C. K., âgée de 43 ans, souffre depuis 1871, époque à laquelle elle ressentit dans le bras de la fatigue en écrivant. Pas de changements jusqu'en 1875 ; à cette date elle essaya d'écrire, mais les douleurs s'étendirent aux deux bras accompagnées de tremblements. Aucun traitement ne la soulagea. Lorsque je la vis, elle était dans l'impossibilité d'é-

crire; à peine pouvait-elle tracer 8 ou 10 lettres informes. Aussitôt que le traitement fut institué, l'amendement se montra. On prit des fac-similés (*fig.* 118) tous les deux ou trois jours, du 14 janvier au 18 février 1885, époque à laquelle elle se considéra comme guérie.

[illegible]
January 21 C K
January 24th C K
January 26 C K
January 30th C K
February 2d C K
February 4th C K
February 6th I am
London February 9th
London February 13th
I am now much better
London February
18th 1885

I am now cured
and can use my
hand without any
difficulty. C. K.

Fig. 118.

Je dois maintenant donner un exposé de la méthode de M. J. Wolff; je ne l'ai jamais pratiquée moi-même, mais j'ai eu bien souvent l'occasion d'assister à sa mise en œuvre. Ces manipulations, fatigantes d'ailleurs pour l'opérateur, demandent beaucoup de dextérité.

Le massage consiste à frotter, pétrir, étendre et allonger les doigts et les muscles de la main et du bras en se servant, simultanément ou non, de bandes élastiques ainsi que le montrent les figures 119 et 120.

Les exercices gymnastiques sont actifs et passifs. Les

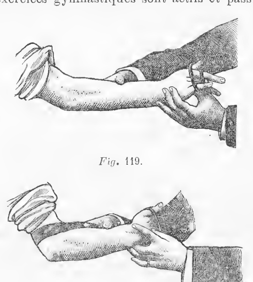


Fig. 119.

Fig. 120.

derniers consistent en des flexions et extensions de toutes les jointures des doigts de la main et du bras. Les exercices actifs comprennent les mouvements systématiques volontaires des parties affectées; et, si l'état général du patient le requiert, ceux de tous les membres et du tronc. En principe, il faut au moins faire par jour deux séances de 20 à 40 minutes chacune. De plus, le malade doit exécuter chez lui des exercices gymnastiques. Plus tard, on prescrit des exercices d'écriture gradués. Il est impossible d'entrer dans les détails minutieux de ces opérations qui varient beaucoup avec les particularités propres à chaque cas.

L'extrême rapidité des résultats obtenus par cette méthode de traitement, purement phériphérique dans des cas authentiques et invétérés de crampe des écrivains, me poussent encore à m'inscrire contre l'origine centrale de cette affection. En somme, une dextérité toute personnelle et l'expérience acquise par de nombreuses années d'observation et de pratique assidue sont les éléments de succès de M. Wolff. (*Trad.* Gilles de la Tourette).

CORRESPONDANCE

Les Sœurs de Charité et les autopsies.

Monsieur le Directeur,

Dans le numéro 48, p. 665, du *Progrès médical,* vous parlez du mauvais vouloir et de l'obstacle que mettaient les Sœurs à la pratique des autopsies au XVII[e] siècle.

Il n'est pas besoin de remonter aussi haut : j'ai été deux ans élève dans une école de province et, en deux ans, j'ai vu faire *deux* autopsies, et, toutes les deux, de sujets militaires. Les Sœurs, en intervenant près des familles, empêchaient toute ouverture de cadavre civil. Aujourd'hui que les militaires n'appartiennent plus aux écoles secondaires, je me demande où se font les autopsies à l'Ecole de médecine de X...

Veuillez agréer, etc. *Un interne.*

THÉRAPEUTIQUE

Alimentation des enfants

L'alimentation des enfants en bas âge, surtout dans les grandes villes, où le mode naturel de nutrition, l'allaitement, est souvent entravé par d'innombrables difficultés, constitue un des graves problèmes sociaux qui s'imposent aux méditations et aux recherches des philantropes.

L'alimentation de la première enfance intéresse à la fois l'hygiéniste, le praticien, l'économiste : c'est donc bien une question de l'importance la plus haute et qui doit préoccuper aussi les familles.

Depuis longtemps, les observations quotidiennes des médecins en Allemagne, en Suisse, en Angleterre, ont démontré les excellents résultats obtenus par l'usage de la *farine d'avoine* dans l'alimentation des enfants à la mamelle.

Chacun sait que, si le lait de la mère ou d'une bonne nourrice est, dans certaines conditions particulières ou privilégiées, la nourriture par excellence pour l'enfant, ce même aliment peut devenir, dans d'autres cas — malheureusement trop nombreux — un véritable poison, une source de vices constitutionnels vouant le nourrisson à une existence misérable ou à une fin prématurée ; souvent aussi — et c'est là le côté sociologique de la question sur lequel on ne saurait trop insister — ces vices organiques, ainsi contractés, impriment le sceau de la débilité à des générations tout entières.

Cette question de l'alimentation ne pouvait donc laisser indifférentes les sommités médicales et scientifiques de tous les pays. Aussi, partout, les médecins, les chimistes, les économistes que la vie et la prospérité des peuples intéressent à un si haut degré, ont-ils proposé ou employé différentes substances alimentaires comme succédanées de cette nourrituae si simple et à la fois si complète : le lait maternel.

Après de nombreux essais, l'observation scientifique aidant, on a reconnu que, dans les trois ou quatre premiers mois, rien ne pouvait remplacer le lait. Cette constatation a une cause anatomique : à cette période de la vie, certaines parties accessoires des organes digestifs de l'enfant sont encore à l'état embryonnaire. Cette absence de développement s'oppose à la digestion et à l'assimilation des substances alimentaires usuelles, même de celles qui, par leur composition chimique, se rapprochent le plus du lait, comme les farines et les fécules.

Nous voyons, en effet, tous les jours, l'emploi immodéré de ces produits occasionner des dyspepsies, des diarrhées vertes ou d'autres accidents intestinaux chez les jeunes enfants.

Pendant cette période de la vie, l'enfant privé de sa mère ou d'une nourrice, ne peut guère supporter que le lait de vache coupé, légèrement sucré, de manière à lui donner approximativement la composition du lait de femme.

Comme nous l'avons dit, en Angleterre, en Allemagne et en Suisse, on a recommandé depuis longtemps de substituer à l'eau, pour cette opération de coupage, la décoction légère de *gruau d'avoine*, que ses propriétés nutritives et adoucissantes désignent tout naturellement pour cet usage.

Dans les pays septentrionaux, la tisane et la décoction d'*avoine* sont les boissons habituellement prescrites par les médecins aux malades atteints de phlegmasies aiguës, notamment dans les voies digestives. Or, si le *gruau d'avoine* convient aux estomacs et aux intestins malades, irrités ou fatigués, il était logique d'admettre que sa décoction serait bien supportée par les voies digestives des petits enfants.

L'expérience des praticiens confirme tous les jours cette démonstration : les organes si délicats de l'enfant s'accommodant à merveille du *gruau d'avoine*, ce fait devait amener les médecins à conclure que l'*avena* était le meilleur aliment de transition pour la période pendant laquelle le nourrisson peut commencer à recevoir d'autres aliments que le lait.

Tout le monde sait que l'*avoine* (*avena sativa*) appartient à la famille des graminées. C'est la semence *mondée* de cette céréale qui constitue le *gruau*.

En Provence, dans une partie du midi, cette semence dégagée des matières hétérogènes et impures, mondée en un mot, est appelée *avena*. Mélangée avec du sucre et du lait, elle sert à faire des crèmes et des bouillies, dont les propriétés substantielles et digestives sont unanimement reconnues.

Parmi les farines aujourd'hui si répandues, la *Farine Morton* occupe incontestablement le premier rang. Le gruau concassé et moulu avec un soin spécial fait de la *Farine Morton* une préparation de premier ordre, se recommandant aux praticiens et aux familles par ses propriétés analeptiques et adoucissantes.

On ne peut être surpris des résultats universellement appréciés de cette préparation, si on se rapporte à la composition de ce délicieux produit. En effet, l'analyse a démontré par les nombreux travaux de plusieurs chimistes, que la *Farine Morton* se rapproche, par les éléments qui la composent, du lait de femme, attendu qu'elle renferme, comme ce dernier : du *phosphate de chaux*, du *fer*, etc.

D'un goût extrêmement agréable, d'une digestion facile, ne produisant jamais la diarrhée chez les enfants ; mais, au contraire, la combattant avec un très grand succès, la *Farine Morton* a détrôné pour toujours les produits similaires et rivaux.

Contenant 70 pour 100 de matières nutritives, elle est préférable à toutes les autres semences, non seulement pour les enfants bien portants, mais pour ceux qui sont atteints de dyspepsies, affections si communes dans le jeune âge.

Dans ces derniers cas, et depuis plusieurs années, chargé du service d'inspection des enfants du premier âge, j'en ai bien souvent retiré des effets qui méritent d'être relatés.

J'ai constaté dans plusieurs affections des voies digestives, notamment dans les diarrhées estivales, que l'estomac des jeunes enfants ne pouvait supporter aucun liquide nourrissant. La *Farine Morton*, loin d'être rejetée, est au contraire parfaitement supportée et triomphe bien souvent là où des médicaments habituellement conseillés ne produisent que des insuccès.

On sait combien est répandu l'usage du pain d'avoine dans les comtés du nord de l'Angleterre, dont les habitants sont connus par leur force physique remarquable. Les robustes montagnards de l'Ecosse ne mangent pas d'autre farine.

Sa saveur, qui se rapproche de celle de la noisette, provient d'une substance aromatique à odeur fragrante rappelant celle de la vanille. Ce principe est renfermé dans le *péricarpe* ou tissu qui enveloppe la graine ; c'est à ce principe qu'il faut attribuer l'action stimulante de la farine d'avoine.

D'après les plus récentes analyses, la *Farine Morton* contiendrait sur 100 parties les éléments suivants :

Huile grasse	2 00
Matières extractives	8 20
Gomme	2 50
Substances albuminoïdes	4 30
Fécule	59 00
Eau et pertes	24 00
	100 00

D'après plusieurs essais auxquels je me suis livré, j'ai trouvé dans les cendres de la silice, des carbonates de chaux et de magnésie, de l'alumine, des oxydes de fer et de manganèse.

On le voit, la *Farine Morton*, par sa composition, par ses propriétés analeptiques, pectorales et adoucissantes, est l'aliment par excellence dans l'hygiène infantile.

C'est une préparation incomparable et qui occupe, d'une façon incontestée, le premier rang parmi les produits similaires. Dr Blanc-Aillaud,

Médecin-inspecteur des enfants du premier âge.

BIBLIOGRAPHIE

Anatomie pathologique du système nerveux. Cours complémentaire fait à la Faculté de Paris en 1883-84 ; par le Dr Raymond, agrégé et médecin de l'hôpital Saint-Antoine. — Paris, 1885. — A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

Ces leçons, rédigées avec une clarté et une précision remarquables, s'adressent aux étudiants ; mais elles peuvent être lues avec fruit par tous les médecins. C'est en effet un résumé excellent de cette anatomie pathologique

du système nerveux qui, grâce aux travaux de l'école française, a fait dans ces dernières années de véritables pas de géant. M. Raymond, un des meilleurs élèves de cette école de la Salpêtrière dont le rayonnement a depuis longtemps déjà dépassé nos frontières, était bien placé pour résumer dans un enseignement brillant, quoique élémentaire, tout un côté de ces acquisitions françaises. Il a su d'ailleurs, dans un cours essentiellement pratique, plus riche encore de démonstrations que de théories, faire la part des savants étrangers qui ont sillonné ce vaste champ de la neuro-pathologie. Le premier parmi les auteurs français, M. Raymond nous donne la figure et l'explication du schéma d'Alby relatif aux connexions du système nerveux, en le modifiant dans le sens des travaux français; en jetant les yeux sur ce schéma, on embrasse aisément les grands traits de la physiologie et de la pathologie de la capsule interne, du bulbe et de la moelle. Nous signalerons en parcourant les leçons les plus intéressantes et les plus originales, les descriptions neuves, les aperçus ingénieux, les études personnelles qui ont attiré notre attention. Nous avons lu avec plaisir un chapitre consacré aux lésions vasculaires (artérites subaiguës et chroniques, dégénérescences) qui, dans le livre de M. Raymond, sont nettement détachées des autres lésions nerveuses et mises volontairement et heureusement en relief. Après les leçons sur les localisations cérébrales, signalons les encéphalites chroniques dont la description est enrichie des recherches les plus récentes. Une mention spéciale est due aux dégénérescences de la capsule interne et aux méningites chroniques. A ce propos, disons que M. Raymond est le premier auteur qui ait fourni des observations de lepto-méningite simulant le tabes dorsal. Une conception nouvelle, hardie mais justifiée par l'anatomie pathologique, est celle qui conduit M. Raymond à rattacher les scléroses et plus particulièrement la sclérose en plaques aux méningites chroniques. Une autre théorie plus radicale encore conduit M. Raymond à assimiler la maladie de Parkinson aux autres tremblements séniles dont il a vu de si nombreux exemples à la Salpêtrière et chez les incurables d'Ivry. Pour lui, la maladie de Parkinson est caractérisée anatomiquement par l'établissement rapide et l'exagération des lésions de la sénilité des centres nerveux, lésions consistant en scléroses méningées, raréfaction des tubes et des cellules, changement dans la vascularisation de l'axe gris, etc., altérations que ses observations suivies d'autopsies lui ont révélées. L'histoire de la myélite diffuse péri-épendymaire s'éclaire d'un jour nouveau grâce aux recherches et aux observations personnelles de M. Raymond. Après une étude très complète des myélites systématiques, au point de vue surtout de l'anatomie pathologique, l'auteur nous donne un chapitre très intéressant sur les lésions des nerfs périphériques et termine son cours par l'anatomie pathologique des organes des sens.

On voit, par ces notes sommaires prises çà et là, à la lecture du volume, que M. Raymond a été fidèle au programme qu'il s'était tracé : vulgariser, en les simplifiant autant que possible sans nuire à la clarté du sujet, les données relatives à l'anatomie pathologique du système nerveux. Nous trouvons même qu'il a outrepassé ses promesses en enrichissant ses leçons de faits personnels, d'idées nouvelles, de descriptions originales.

Dr J. COMBY.

VARIA

Laïcisation de l'hôpital Cochin et de l'hospice des Enfants-Assistés.

Les journaux politiques réactionnaires ont annoncé à maintes reprises la *question* que M. le professeur Dupré devait déposer devant le Sénat à M. le ministre de l'intérieur au sujet de la *laïcisation de l'hôpital Cochin*, que l'on voulait retarder. Cette question, qui devait venir le 11 décembre, puis le 17, n'est pas venue. M. Cochin intente un procès à l'Administration de l'Assistance publique. Celle-ci, forte de l'avis conforme de son comité consultatif présidé par M. le sénateur Allou, qui a trouvé mal fondée la réclamation de M. Cochin, a décidé qu'elle procéderait à la laïcisation de l'hôpital Cochin et maintenu sa décision. Donc, lundi prochain les sœurs de l'hôpital Cochin seront remplacées par des laïques.

Jeudi dernier, 17 décembre, le Conseil de surveillance de l'Assistance publique a émis un avis favorable à la *laïcisation de l'hospice des Enfants-Assistés*.

En prenant ces décisions, M. le Directeur de l'Assistance publique s'est conformé aux votes réitérés du Conseil municipal, qui fournit chaque année des subventions de 15 à 20 millions à l'Assistance publique et a fait la réponse la plus convenable à la nouvelle protestation des médecins et des chirurgiens des hôpitaux. Il est indispensable que l'Administration en finisse le plus promptement possible avec la laïcisation des hôpitaux, qu'elle prépare immédiatement les voies et moyens et achève cette réforme pour la fin de 1886.

La laïcisation des hôpitaux et la pétition des médecins et chirurgiens des hôpitaux et des malades.

La *Tribune médicale* apprécie la nouvelle protestation des médecins et des chirurgiens des hôpitaux contre la laïcisation dans l'article suivant qu'il nous paraît bon de placer sous les yeux de nos lecteurs.

« La question de la laïcisation des hôpitaux vient d'entrer encore une fois dans une nouvelle phase : la phase de l'opposition par pétitionnement. Pétitionnement des malades, d'une part, et des chefs de service médical et chirurgical, de l'autre. Il y a longtemps que nous avons discuté cette question (1), qui nous semble jugée en principe. Nous sommes et nous tendons à devenir de plus en plus une *société civile et laïque*, et tout, dans l'organisation de cette société, notamment dans son organisation administrative, doit, en conséquence, s'harmoniser avec cette tendance et cet esprit nouveaux. Voilà le fait de transformation sociale qui nous domine et nous entraîne, et auquel il faut, bon gré mal gré, un peu plus tôt ou un peu plus tard, obéir et se soumettre, comme à un courant irrésistible et insurmontable. Que la vieille société, la société caduque, essentiellement formée de l'esprit religieux et de l'esprit de caste, s'efforce de résister à ce courant et de le remonter, c'est là chose naturelle, fatale, et conforme à l'histoire de l'évolution humaine, en ses révoltes, ses luttes et ses conquêtes. C'est ce qui explique les résistances, presque désespérées, de tous ceux qui sont encore attachés et inféodés à cet ancien monde, soit par une éducation et des habitudes héréditaires dont il n'est guère plus possible d'extirper les racines, soit par un intérêt immédiat qui enchaîne l'existence matérielle même, soit par un intérêt un peu plus éloigné, mais non moins réel, et qui, pour l'appeler de son vrai nom, n'est pas autre que l'intérêt professionnel.

« Bien que l'on puisse trouver un peu de tout cela dans l'origine et les mobiles de la pétition des médecins et chirurgiens des hôpitaux (voir plus loin, aux *Variétés*, cette pétition), ce que l'on y voit surtout percer à travers l'intérêt des malades et tous les intérêts possibles, c'est le bout de l'oreille... de l'intérêt de tout à l'heure.

« Personne ne s'y trompe, et on ne trompe personne ; d'autant qu'il y a là un singulier mélange d'anciens et de jeunes, qui ne s'explique guère que par l'accord et l'union sur un point dominant, celui qui, malheureusement, et en dépit de l'esprit apparent d'abnégation et de désintéressement que prêchent, en principe, les doctrines religieuses, domine toujours et commande les déterminations dans le monde ancien comme dans le nouveau.

« Les marchands n'ont jamais été, en réalité, chassés du temple, depuis la fameuse manifestation de l'Homme-Dieu, pas même les marchands de prières. Ce qui signifie, en somme, qu'il y a, au moins, un dieu qui n'a jamais été et qui ne sera probablement jamais détrôné, c'est celui qu'on a déjà appelé le dieu-argent. Qu'il ait aussi son église et son culte dans le monde médical, on ne saurait le nier ni s'en étonner, pour autant que l'on s'en afflige.

« Mais il y a, dans la pétition des médecins et chirurgiens des hôpitaux, une chose qui nous afflige au moins autant, sinon davantage : c'est le sentiment qui a porté ceux des pétitionnaires dont les services sont tenus et l'ont été de tout temps par des surveillantes *laïques*, à signer un document dont la moindre signification est une expression de regret de voir ces services confiés à ces dernières, et qui peut être interprété dans le sens d'une expression de blâme. Ou ce regret est sincère, ou il ne l'est pas, ou ce blâme est mérité et justifiable, ou il ne l'est pas ; dans le premier cas, le document, en sa forme, manque de franchise, il est, pour parler le langage

(1) Voir nos BULLETINS des nos 557, 558 et 559 (20, 27 mars et 3 avril 1881) de la *Tribune médicale*.

approprié à la chose, jésuitique. Dans le second cas, il est d'une flagrante injustice, que les signataires doivent tenir à honneur de réparer par une déclaration publique nette et franche, disant clairement si, oui ou non, les surveillantes laïques, en général, s'acquittent de leur mission comme elles le doivent.

« Quant à la pétition des malades actuels de l'hôpital Cochin, nous n'en dirons qu'un mot, le seul que ce document puisse suggérer, c'est qu'il n'a, en soi, aucune signification, pour deux motifs principaux : le premier est qu'un malade ne peut, en ce cas, agir dans toute la liberté de son initiative et de sa conscience (même en supposant qu'il n'obéisse pas à des suggestions étrangères et intéressées) ; le second, c'est que l'opinion des malades actuels et de passage, fût-elle valable, ne saurait engager celle des malades futurs. Mais, d'ailleurs, à quoi bon ces pétitions, et de quoi se mêlent-elles ? Ainsi que le disait très judicieusement Monsieur le Directeur de l'Assistance publique, dans une des dernières séances du Conseil municipal, ni médecins, ni malades des hôpitaux ne sont en jeu et n'ont à intervenir dans cette question, qui est uniquement et exclusivement une question d'administration publique.

« Le seul devoir et, il est permis d'ajouter, le seul droit du médecin, c'est de se préoccuper de la bonne tenue du service dont il a la direction, et d'exiger, de la part du personnel qui lui est adjoint, la parfaite réalisation de ses ordres, dans l'intérêt des malades confiés à ses soins. Mais la désignation et la nomination de ce personnel ne lui appartiennent en aucune façon ; elles relèvent de l'administration directrice. C'est pourquoi la laïcisation doit se faire et se fera en dehors et à part des médecins et des malades, qui n'ont rien à voir dans la réforme administrative. »

Les Sœurs dans les Hôpitaux.

On lit dans la *Revue bibliographique des Sciences médicales*, du 31 octobre 1885 :

« Je viens d'être témoin d'un fait qui plaide bien haut pour le remplacement des sœurs par des infirmières laïques.

« Voici la sœur de la salle Notre-Dame à l'Hôtel-Dieu qui a la spécialité d'empêcher les malades de se faire opérer ; dans quel but ? Posséderait-elle quelque remède secret ? Ou avait-elle quelque remise pour la vente d'une eau miraculeuse ? Je n'en sais rien ; mais voici à peu près ce qu'elle dit à une pauvre femme, venue exprès de province pour se faire opérer d'une tumeur du sein, une heure avant le temps décidé par M. le Dr Peyrot pour cette opération nécessaire. « Ah ! ma brave femme ! Je vois que vous êtes une brave personne ; aussi viens-je vous prévenir que je n'ai jamais vu réussir l'opération qu'on va vous faire subir ; aucune malade n'en échappe. Je tenais à vous avertir... »

« On peut penser si cette malade, si décidée une minute auparavant, demanda avec instance de sortir, et refusa énergiquement l'opération qu'elle avait réclamée elle-même. C'est alors que je la vis et lui conseillai de rentrer à l'Hôtel-Dieu, dans la même salle, où cette fois M. Peyrot lui extirpa un sein avec succès. La malade guérit, malgré la sœur, qu'on conserve quand même. Dr E. M.

Pourquoi ? ? Il faut le demander à MM. Moutard-Martin, Empis, Bucquoy, médecins de l'Hôtel-Dieu ; Richet, Panas et Tillaux, chirurgiens de l'Hôtel-Dieu, qui trouvent bon que les sœurs de leur service se mêlent de ce qui ne les regarde pas et sont en admiration devant la sainte ignorance !

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 21. — Dissect. (Epreuve pratique) : MM. Trélat, Le Dentu, Reclus. — 2e *de Doctorat*. 2e partie. 1re *Série* : MM. Béclard, Gariel, Ch. Richet ; — 2e *Série* : MM. Vulpian, Gautier, Reynier ; — 3e *Série* : MM. Lannelongue, Dieulafoy, Kirmisson. — 3e *de Doctorat*, oral, 1re partie : MM. Guyon, Tarnier, Terrillon.

MARDI 22. — 4e *de Doctorat* : MM. Peter, Proust, Raymond. — 5e *de Doctorat*. 1re partie (Charité) : MM. Pajot, Duplay, Peyrot. — 2e partie (Charité). 1re *Série* : MM. Jaccoud, Grancher, Debove. — 2e partie (Charité). 2e *Série* : MM. Ball, Lancereaux, Hanot, — 5e *de Doctorat*. 1re partie (Hôtel-Dieu) : MM. Richet, Panas, Ribemont-Dessaignes. — 5e *de Doctorat*, 2e partie : MM. G. Sée, Cornil, Hallopeau.

MERCREDI 23. — 1er *de Doctorat*. 1re *Série* : MM. Regnauld, Gariel, Hanriot ; — 2e *Série* : MM. Baillon, Lutz, Pouchet. — 2e *de Doctorat*. 2e partie : MM. Hayem, Dieulafoy, Ch Richet. — 5e *de Doctorat*. 1re partie (Charité) : MM. Tarnier, Le Dentu, Terrillon.

JEUDI 24. — Méd. opér. (Epreuve pratique) : MM. Panas, Duplay, Humbert. — 2e *de Doctorat*. 2e partie 1re *Série* : MM. Sappey, Lancereaux, Debove ; — 2e *Série* : MM. Ball, Dujardin, Bouilly ; — 3e *Série* : MM. Laboulbène, Grancher, Peyrot ; — 4e *Série* : MM. Brouardel, Proust, Troisier. — 3e *de Doctorat*, oral, 1re partie : MM. Pajot, Richet, Richelot. — 2e partie : MM. Jaccoud, Peter, Hallopeau.

Thèses soutenues à la Faculté de Médecine.

Lundi 21. — M. Cotton d'Englesqueville. Du délire toxique en général et du délire urémique en particulier. — M. Lesage. Du chancre par morsure. — *Mardi* 22. — M. Deseuche. De l'atrophie du triceps crural dans la fracture de la rotule. — M. Bourdin. Essai de diagnostic du volume fœtal (de la tête en particulier) au point de vue de la dystocie. — *Mercredi* 23. — M. Cotton. Etude sur la résection du coude dans la tumeur blanche. — M. Delahousse. Contribution à l'étude des maladies chirurgicales du diaphragme. — M. Marciguey. Contribution à l'étude de la régénération des nerfs périphériques — M. Guilain. Contribution à l'étude du traitement des abcès prostatiques et périprostatiques par l'incision périnéale. — M. Caravias. Traitement des collections purulentes du foie par incision large et antiseptique. — *Jeudi* 24. — M. Malibran. Contribution à l'étude des ectasies gastriques (Distension et dilatation de l'estomac). — M. Frémont. Pleurésies à signes pseudo-cavitaires.

Enseignement médical libre.

Cours complet d'accouchements en 42 leçons. — MM. BAR et AUVARD, recommenceront leur cours d'accouchement le lundi 11 janvier 1886, à 4 h. 1/2, 5, rue du Pont-de-Lodi. Pour les renseignements et pour se faire inscrire, s'adresser soit à M. Bar, 5, rue Saint-Florentin, soit à M. Auvard, 21, rue de Lille : les lundi, mercredi, vendredi, à 1 h. 1/2.

Cours particulier de technique microscopique. — M. le Dr LATTEUX, chef du laboratoire d'histologie de la Charité, commencera un nouveau cours, le lundi 21 décembre, à 8 heures du soir, dans son Laboratoire, rue du Pont-de-Lodi, n° 5, et le continuera les mercredi et vendredi suivants à la même heure. Ce cours, essentiellement pratique, est destiné à mettre les élèves en mesure d'exécuter les analyses microscopiques exigées journellement par la profession médicale. Pour cela, ils sont exercés individuellement et répètent eux-mêmes toutes les expériences. Les microscopes et autres instruments sont à leur disposition. On s'inscrit chez le Dr Latteux, 4, rue Jean-Lantier, près le Châtelet, de midi 1/2 à 2 heures.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — **Du dimanche 6 décembre au samedi 12 décembre 1885, les naissances ont été au nombre de 1137 se décomposant ainsi :** ***Sexe masculin*** **: légitimes, 397 ; illégitimes, 162. Total, 559. —** ***Sexe féminin*** **: légitimes, 432 ; illégitimes, 146. Total, 578.**

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 6 décembre au samedi 12 décembre 1885, les décès ont été au nombre de 920, savoir : 475 hommes et 445 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 7 F. 16. T. 23. Variole : M. 1, F. 5, T. 6. — Rougeole : M. 13, F. 9, T. 22. — Scarlatine : M. 3, F. 4 T. 7. - Coqueluche : M. 1, F. 2 T. 3. — Diphthérie, Croup, M. 18 F. 17, T. 35. — Dyssenterie : M. 0. F. 0, T. 0. — Erysipèle : M. 2, F. 3 T. 5. — Infections puerpérales : 2 — Autres affections épidémiques : M. ., F. ., T. .. — Méningite tuberculeuse et aiguë. M. 21 F. 18, T. 39. — Phthisie pulmonaire : M. 105, F. 53 T. 158. — Autres tuberculoses : M. 16, F. 12. T. 28. — Autres affections générales : M. 20, F. 29. T. 49. — Malformations et débilité des âges extrêmes : M. 14, F. 40. T. 54. — Bronchite aiguë : M. 16. F. 6 T. 22. — Pneumonie : M. 28, F. 22, T. 50. — Athrepsie : M. 29, F. 27. T. 56. — Autres maladies des divers appareils : M. 159, F. 169, T. 328. — Après traumatisme : M. ., F. ., T. .. — Morts violentes : M. 19, F. 7. T. 26. — Causes non classées M 3, F. 4, T. 7.

Mort-nés et morts avant leur inscription **: 93 qui se décomposent ainsi :** ***Sexe masculin*** **: légitimes, 40 ; illégitimes, 16. Total : 56. —** ***Sexe féminin*** **: légitimes, 21 ; illégitimes, 16. Total : 37.**

CONCOURS DE L'INTERNAT EN MÉDECINE DES ASILES DE LA SEINE. — Le concours de l'internat en médecine des asiles de la Seine vient de se terminer par la nomination de MM. Baudoin, Jourdeau, Journiac, Klein, Barthomeuf, internes titulaires et de MM. Arnaud, Landrieu, Honeix de la Brousse, Paterne, Fournier.

Les candidats avaient eu à traiter : 1° des symptômes et complications de la fièvre scarlatine ; 2° des fractures de côtes.

Les questions restées dans l'urne étaient les suivantes : hémoptysie ; du mal de Pott et symptomes ; diagnostic de l'occlusion intestinale ; fractures du col du fémur.

CONCOURS DES PRIX DE L'INTERNAT DE PARIS. — Les dernières questions orales ont été : Première division : *Rétrécissement de l'artère pulmonaire*. Deuxième division : *Symptomes et diagnostic des kystes de l'ovaire ; bronchite capillaire*. — Résul-

tats du concours : *Première division* (internes de troisième et quatrième année) ; — Prix (médaille d'or) : M. Gilbert (Saint-Louis) ; — Accessit : M. Marfon (Saint-Louis) ; — première mention honorable : M. Queyrat (Tenon) ; — deuxième mention honorable : M. Phocas (Hôtel-Dieu). — *Deuxième division* (internes de deuxième et première année) ; — Prix {(médaille d'argent) ; M. Lejars (Saint-Antoine) ; — accessit : M. Dumoulin (Pitié) ; — première mention honorable : M. Villemin (Saint-Antoine) ; deuxième mention honorable : M. Blocq (Pitié).

Concours de l'internat. — Le Directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique : Vu la délibération par laquelle le Jury du concours de l'Internat, ouvert le 19 octobre dernier, déclare qu'il lui est impossible de terminer les épreuves de ce concours en temps utile pour que les élèves qui vont être nommés puissent entrer en fonctions le 1er janvier 1886 ; Considérant qu'il importe de prendre les mesures nécessaires pour assurer le traitement des malades jusqu'à la nomination des nouveaux internes ; Arrête : Art. 1er. Les élèves internes et externes actuellement en exercice dans les hôpitaux et hospices, sont prorogés dans leurs fonctions jusqu'au 31 janvier 1886, inclusivement. — Art. 2. Ampliation du présent arrêté sera transmise aux divisions compétentes et à MM. les directeurs des hôpitaux et hospices.

Faculté de médecine de Paris. — Par décret du 11 décembre 1885, M. le Dr Mathias Duval, agrégé des Facultés de médecine, directeur du laboratoire d'anthropologie à l'école des Hautes-Etudes, est nommé professeur d'histologie à la Faculté de médecine de Paris.

Faculté de Nancy. — Le 5 février 1886 sera ouvert un concours pour l'emploi de chef des travaux de physiologie ; la durée des fonctions est de six années.

Ecole supérieure de Pharmacie de Paris. — M. Prunier, agrégé des Ecoles supérieures de pharmacie, est nommé, par décret du 11 décembre 1885, professeur de pharmacie chimique à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris.

Ecole de pharmacie de Montpellier. — Le 25 mars 1886 s'ouvrira devant l'Ecole supérieure de Pharmacie de Montpellier un concours pour un emploi de suppléant de chaire de pharmacie et matière médicale à l'École de plein exercice de Marseille.

Ecole de Dijon. — Le 1er juin 1886 un concours s'ouvrira devant la Faculté de Lyon pour un emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique internes.

Ecoles nationales d'agriculture. — Le 18 janvier 1886, sera ouvert à Paris un concours pour la nomination de deux professeurs de zoologie et zootechnie dans les écoles nationales d'agriculture. S'adresser au ministère de l'agriculture.

Assistance publique. — *Accoucheurs des Hôpitaux* : M. le Dr Bar, médecin accoucheur du bureau central, est nommé médecin accoucheur à l'hôpital Tenon.

Hopitaux de Lyon. Le concours pour la place de chirurgien en chef de l'hôpital de la Charité s'est terminé par la nomination de M. le Dr Lerrat, professeur agrégé.

Hopitaux de Lyon. — Un concours pour une place de médecin des hôpitaux aura lieu à l'Hôtel-Dieu de Lyon le 5 avril 1886.

Médecins des hopitaux. — Par suite de la retraite de M. le Dr Guibout, M. le Dr Quinquaud, professeur agrégé, passe à l'hôpital Saint-Louis ; M. Roques passe à l'hospice d'Ivry ; M. Balzer à l'hôpital de Lourcine.

Muséum d'histoire naturelle de Paris. — Ouverture du cours de M. Perrier, le mardi 15 décembre, à 2 heures : *Annélides, Mollusques et Zoophytes.*

Services de chirurgie des hôpitaux. — Dans sa séance du 17 décembre dernier, le conseil de surveillance de l'Assistance publique a décidé qu'il y avait lieu de dédoubler les services de chirurgie de Lariboisière. C'est un premier pas dans la voie d'une réforme très utile.

La question de la rage. — Nous publions à titre de renseignement la note ci-dessus tirée du *Deutsche medizinal Zeitung*, n° 100, p. 1128. — « On écrit d'Alsace a l'*Arztl. Intellig-Blatt* que le même chien qui avait mordu l'enfant J. Meister, avait mordu également le jour précédent un autre garçon, âgé de 12 ans, nommé Max Vonné. Celui-ci ne put faute de ressources suffisantes être envoyé à Paris; il resta à Meisengolt et continue à jouir d'une excellente santé. » Le journal allemand émet des doutes sur le caractère rabique de l'affection dont le chien était atteint.

Monument a Daviel. — Nous avons annoncé le mois dernier que les médecins suisses venaient d'élever un monument à Daviel, l'illustre ophtalmologiste. Ses compatriotes (*Société des belles lettres, des arts et des sciences de l'Eure*), suivant un peu tardivement ce bon exemple, ont résolu à leur tour d'en élever un second à la Barre, lieu de naissance de ce célèbre médecin. — Il eût été flatteur pour la France de les voir les premiers à l'œuvre. Mieux vaut tard que jamais.

Statue de Broca.—Les journaux politiques annoncent que le jury chargé d'examiner les maquettes des trois lauréats du concours institué récemment pour l'érection d'une statue à Broca, vient de choisir M. Choppin, jeune statuaire sourd-muet. L'éminent anthropologiste et chirurgien est représenté debout, un crâne dans la main gauche, et un compas dans l'autre.

Nouveaux Journaux. — Nous recevons le premier numéro d'un nouveau journal que vient de fonder le Dr Jacquin : *Le Médecin clinicien*, paraissant trois fois par mois.

Universités étrangères. — M. le Dr H. Bayer est nommé privat-docent d'obstétrique et gynécologie à la Faculté de Strasbourg. — M. le Dr Nuel, professeur de physiologie à Gand, est nommé à Liège ;—M. Mac-Leod est nommé à Gand en remplacement de M. Nuel. — MM. les Drs Dandois et Denys sont nommés professeurs agrégés à la Faculté de Louvain. — *Faculté de Dorpat.* Dans un précédent numéro nous avons dit qu'un ukase impérial avait interdit l'usage de la langue allemande à la Faculté de Dorpat ; de nouveaux renseignements qui nous parviennent directement de Russie nous permettent d'affirmer que nous avions été induits en erreur, tous les cours de l'université de Dorpat continuent à se faire en langue allemande.

Nécrologie. La *Semaine médicale* annonce la mort de M. le Dr Guiseppe Pouzi, professeur d'anatomie comparée à Rome ; M. le Dr Wolfgany-Shanmaun (Berlin) ; Lapeyra et Llorach (La Havane) ; Joliffe Tufnelle (Dublin).—M. Boissière, botaniste à Genève ; M. le Dr Farine, médecin principal de première classe directeur de l'hôpital militaire de Besançon ; M. le Dr Daga, médecin inspecteur des armées (Paris) ; M. le Dr Joubert, naturaliste de talent et inspecteur des eaux de Greoulx ; travaux divers sur l'ornithologie du midi de la France en collaboration avec le Dr Barthélémy Lapommeray, sur l'archéologie préhistorique. Il fut l'un des plus ardents promoteurs des musées locaux d'histoire naturelle, et en fonda un à Hyères. — M. le Dr Séquet, décédé à Aurillac.

Concours d'agrégation. — La leçon orale après 3/4 d'heure de préparation a commencé lundi dernier. L'ordre des leçons à partir de demain, est le suivant : Samedi 19, MM. Simon, Lemoine ; — Lundi 21, MM. Netter, Dubreuilh ; — Mardi 22, MM. Boinet, Déjerine ; — Mercredi 23, MM. Lober, Weil ; — Jeudi 24, MM. Brissaud, Brousse ; — Samedi 26, MM. Parisot, Chauffard ; — Lundi 28, MM. Colin, Balzer ; — Mardi 29, MM. Moussous, Chuffard ; — Mercredi 30, MM. de Beurmann, Lannois.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie J. B. BAILLIÈRE, 19, rue Hautefeuille.

Blanchard (R.). — Traité de zoologie médicale. 1re partie : Protozoaires, histoire de l'œuf cœlentère. Volume in-8 de 192 pages, avec 124 figures. — Prix : 3 fr.

Duquesnel (H.). — De l'aconitine cristalisée, caractères, applications thérapeutiques, mode d'emploi. Brochure in-8 de 16 pages.

13e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. II. No 52 BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 26 DÉCEMBRE 1885.

Le Progrès Médical

CLINIQUE CHIRURGICALE

HÔPITAL NECKER. — M. le professeur U. TRÉLAT.

Des fistules à l'anus (1).

Leçon recueillie et rédigée par le Dr Ch. H. PETIT-VENDOL, chef de clinique, et revue par le professeur.

Messieurs,

Je veux vous présenter aujourd'hui quelques considérations relatives aux abcès et fistules de la région anale. Je n'ai pas l'intention de traiter ici cette question dans tous ses détails, d'abord parce que c'est un sujet vulgaire, bien connu, ensuite parce qu'une étude de ce genre nous entrainerait bien au delà des limites d'une simple leçon ; mais je saisis volontiers les occasions d'y revenir dans mes cliniques, à cause des indications à remplir dans le traitement de ces affections, des fautes qui sont souvent commises dans ce traitement, et des inconvénients plus ou moins graves qui en résultent.

Nous avons actuellement dans notre salle des hommes quatre malades atteints de fistules à l'anus, qui vont nous fournir des exemples à l'appui de ce que j'aurai à vous dire du pronostic et surtout des indications opératoires. Je vous rappellerai tout d'abord l'histoire de chacun de ces malades, en commençant par celui qui est le moins gravement atteint et qui a la fistule la moins ancienne.

C'est un homme de peine, âgé de 35 ans, paludéen d'Afrique depuis 1869, épileptique depuis 1870, qui est entré le 31 décembre dans notre salle, où il est couché au lit no 33. Il se présentait à nous avec une petite fistule borgne externe, simple, sans diverticules. Depuis 2 ans, il avait constaté l'existence de petites hémorrhoïdes externes. mais ne s'en était pas autrement préoccupé. Il y a 4 mois 1/2 environ, il fut pris de douleurs vives du côté de l'anus ; deux ou trois jours après le début de ces douleurs, il s'aperçut qu'il portait au voisinage de l'anus une sorte de bouton; puis bientôt ce bouton s'ouvrit en donnant une assez grande quantité de pus, et cette évacuation fut suivie d'un très notable soulagement. Un peu plus tard, l'écoulement se tarit, et les douleurs reparurent jusqu'à ce qu'il se rétablit. Ces alternatives de douleurs et de soulagement, soulagement qui coïncidait toujours avec une évacuation de pus, se reproduisirent à diverses reprises, et le malade se décida alors à entrer à l'hôpital. En examinant la région anale, nous avons trouvé une fistule peu profonde, dont l'orifice s'ouvrait à une petite distance de l'anus, et qui remontait à une faible hauteur sous la paroi rectale, mais sans orifice actuellement ouvert du côté de l'intestin. Voilà pour l'état local. Quant à l'état général, il paraît très satisfaisant, et l'auscultation, non plus que la percussion, ne révèle rien du côté de la poitrine. Nous avons, séance tenante, créé un orifice interne avec le bec de la sonde cannelée, puis sectionné au bistouri le pont tégumentaire ainsi constitué. Il n'y avait aucun diverticule. Une petite mèche couchée dans la plaie arrêta le léger écoulement sanguin qui suivit l'opération. Actuellement la plaie se comporte de la façon la plus satisfaisante.

En somme, il s'agit ici d'une fistule borgne externe, petite, à trajet unique, à début franchement inflammatoire, et, selon toute vraisemblance, d'origine hémorrhoïdaire. Le cas est simple, l'opération minime, le malade bien constitué ; nous sommes donc en droit de compter sur une guérison complète à bref délai (1).

Notre malade du no 17, terrassier, âgé de 48 ans, entré le 24 décembre 1884, est atteint d'une fistule plus complexe et d'origine beaucoup plus ancienne. Nous constatons en effet chez lui, à l'examen de la région anale, l'existence de trois orifices fistuleux, et il nous dit qu'il y a quatre ans qu'il a commencé à s'apercevoir d'un suintement qui salissait son linge. L'orifice principal de la fistule est situé à trois travers de doigt en arrière de l'anus et à gauche; il est béant et laisse échapper du pus sous l'influence des pressions exercées à son pourtour ; ses bords sont décollés ; il est entouré d'une zone de tuméfaction avec rougeur des téguments. Au voisinage de cet orifice, on en aperçoit deux autres, bien plus petits ; il existe une communication manifeste entre l'un de ces orifices secondaires et l'orifice principal. Une sonde cannelée, introduite dans ce dernier, arrive aisément jusque dans l'anus, où l'index gauche la rencontre à une distance de 15 millimètres environ au-dessus de la marge anale. Le troisième orifice ne conduit pas vers l'intestin ; le stylet s'y engage dans une direction à peu près perpendiculaire au trajet précédent, et il y est bientôt arrêté. D'après cette direction et d'après la longueur de stylet introduite, il est plus que probable qu'il s'agit là simplement d'un diverticule du trajet principal. Il y a quelques mois, il a passé deux ou trois semaines dans le service, pour une arthrite tibio-tarsienne droite, subaiguë, consécutive à une légère entorse. Quant à sa fistule, dont il ne s'était pas plaint alors, il ne peut nous fournir aucun renseignement sur son mode de début ; il ne parait pas en avoir jamais éprouvé d'autre inconvénient que le suintement incommode auquel elle donnait lieu. L'état général est assez bon ; l'auscultation ne révèle pas de lésions pulmonaires.

Je vais opérer ce malade tout à l'heure de la manière suivante : je diviserai sur la sonde cannelée les parties molles qui recouvrent le trajet principal ; j'inciserai ensuite les téguments décollés, depuis cette première plaie jusqu'à l'orifice fistuleux qui existe à l'extrémité du décollement ; puis, ayant cherché et trouvé le point où le trajet secondaire aboutit dans le trajet principal, je fendrai également ce diverticule dans toute son étendue. En un mot, je transformerai en plaies à ciel ouvert la fistule et ses prolongements. Enfin, après avoir, si besoin en est, modifié avec le thermo-cautère le fond de tous ces trajets, je panserai la plaie avec la gaze iodoformée.

(1) Leçon du 8 janvier 1884.

(1) Sorti guéri le 15 février 1884. La guérison a été retardée par une poussée de lymphangite qui a duré quelques jours.

Ce second cas, comme vous le voyez, Messieurs, va donc donner lieu à une intervention notablement plus importante que le précédent. Dans celui-ci, nous avons pu agir de bonne heure, et une simple incision a suffi; dans celui-là nous n'avons été appelé à agir que tardivement, et nous n'obtiendrons la guérison qu'au prix de délabrements plus considérables et d'un traitement beaucoup plus long. Ce n'est pas tout : je me défie, au point de vue de la marche de la cicatrisation et au point de vue du pronostic définitif, de cette fistule qui est survenue insidieusement et comme à la sourdine, et je crains fort qu'elle ne soit de nature tuberculeuse (1).

Les deux autres malades dont il me reste à vous parler offrent des exemples frappants des inconvénients graves qui peuvent résulter d'un traitement négligé ou insuffisant.

Le premier est un cuisinier âgé de 37 ans, qui occupe depuis le 20 octobre dernier le lit n° 9 de la salle Saint-Pierre. Cet homme, habituellement bien portant et sans antécédents tuberculeux personnels ou héréditaires, eut, en mars 1882, un abcès de la marge de l'anus qui s'ouvrit spontanément après l'avoir fait beaucoup souffrir. Il n'avait consulté personne pendant la période aiguë de son mal ; après l'évacuation du pus, à laquelle naturellement succéda un grand soulagement, il pensa moins encore à recourir au médecin, et il abandonna la suite des choses aux soins de la nature. Mais ses espérances de guérison spontanée ne tardèrent pas à être déçues : l'ouverture resta fistuleuse; puis de nouvelles poussées douloureuses survinrent, qui furent suivies de la formation de nouveaux orifices, et enfin, après de longs mois passés dans des alternatives de souffrance et de calme, il se décida à venir à l'hôpital demander la guérison de son mal. M. Monod, qui me remplaçait alors, constata l'existence d'une fistule diverticulaire fort complexe, et traita sans tarder cette fistule par l'incision large de tous les trajets et diverticules avec le thermo-cautère. Ce fut une opération sérieuse, qui ne nécessita pas moins de 5 ou 6 incisions longues et profondes. A l'heure actuelle, après plus de deux mois de traitement, la cicatrisation, quoique fort avancée, n'est pas encore complète, tandis que, si le malade eût été moins négligent et se fût fait soigner dès le début, il eût pu en être quitte avec une seule incision et un court traitement, à peu près comme dans le premier cas dont je vous ai parlé tout à l'heure (1).

Voilà, Messieurs, ce qu'il en peut coûter, en matière d'abcès de la marge de l'anus et de fistules consécutives, de pousser l'incurie jusqu'à attendre des mois entiers avant de se soumettre au traitement chirurgical. Vous allez voir maintenant, dans le cas de notre quatrième malade, l'insuffisance du traitement primitif aboutir à d'aussi fâcheuses conséquences.

Ce dernier malade est un chauffeur âgé de 35 ans, dans les antécédents duquel nous ne relevons aucune particularité importante. Il n'a jamais fait aucune maladie grave. Il a été atteint, l'hiver dernier, d'une bronchite assez tenace, mais il n'en a pas moins actuellement de bonnes apparences de santé, et, à l'examen de la poitrine, nous ne constatons aucun phénomène stéthocopique anormal, si ce n'est peut-être un peu d'expiration prolongée sous la clavicule droite. En mars 1883, il eut un abcès de la marge de l'anus, pour lequel il entra dans un hospice de la banlieue de Paris, et qui fut incisé le 10 mars. La cicatrisation tardant à se faire, on essaya vainement de l'activer par des injections de teinture d'iode ; puis, quelque temps après, on constata qu'il s'était établi une fistule complète. Cette fistule fut opérée en mai par la ligature élastique; mais le résultat fut incomplet, et l'on dut faire, en juillet, une nouvelle application du même procédé. Il se produisit, à la suite de cette double intervention, une perte de substance dont les bords indurés furent excisés avec les ciseaux. La guérison tardant encore malgré cela, le malade n'eut pas la patience de l'attendre davantage, et il sortit de l'hospice. Mais bientôt, ses douleurs ayant augmenté et son état lui ayant paru s'aggraver, il se décida à se présenter à Necker, où il fut admis le 5 décembre dernier, salle Saint-Pierre, n° 37. Nous constatâmes alors les traces des opérations antérieures, sous forme d'une profonde dépression en partie cicatricielle, tangente à l'anus, et séparant l'orifice anal des téguments avoisinants. Le fond de cette dépression était constitué par une surface bourgeonnante, en un point de laquelle nous trouvâmes assez péniblement l'orifice d'un trajet fistuleux qui aboutissait dans le rectum. Il existait en outre, dans le voisinage, d'autres orifices correspondant à des trajets ou décollements étendus à toute la circonférence de l'anus. Ce malade avait donc subi des opérations successives, mais incomplètes, et un traitement d'une durée de plus de neuf mois, sans obtenir la guérison, loin de là. Je l'opérai le 14 décembre, en incisant au bistouri le trajet principal et les trajets secondaires,

(1) La suite de l'observation de ce malade a pleinement justifié les craintes manifestées par M. Trélat. La plaie est restée pâle, atone, et la réparation ne s'est faite qu'avec une extrême lenteur; plusieurs petits décollements se sont produits sur les bords et ont dû être incisés à diverses époques ; au mois d'août, lorsque M. Trélat quitta Necker pour passer à la Charité, la cicatrisation était encore bien loin d'être complète. Pendant le cours du traitement, l'amaigrisement, la perte d'appétit, la toux, une diarrhée rebelle, et enfin des phénomènes stéthoscopiques de plus en plus caractérisés, vinrent rendre indiscutable l'existence de la tuberculose qu'on avait soupçonnée chez ce malade. Puis, dans le courant de l'été, l'articulation tibio-tarsienne droite (celle qui avait été le siège d'une arthrite subaiguë à la suite d'un traumatisme pendant l'automne de 1883) redevint douloureuse, se tuméfia progressivement, et au bout de quelque temps une vaste collection purulente, qui s'était lentement formée sous la malléole externe, dut être ouverte et drainée. L'exploration avec la sonde cannelée montra que cette collection avait pour point de départ une lésion des différents os constituant l'articulation, et que la dénudation osseuse se prolongeait du côté du tarse. L'incision n'amena qu'une atténuation des douleurs et du gonflement, mais, comme on peut bien le supposer, n'entrava en aucune façon la marche des lésions profondes. Celles-ci étaient trop étendues, et le malade était d'ailleurs trop débilité, pour que l'on pût penser à une résection ; aussi, vers la fin de juillet, M. Trélat était-il d'avis qu'il faudrait bientôt se résoudre à l'amputation de la jambe. Il se proposait même de faire cette opération sans trop tarder, lorsque survint la mutation du service. — L'amputation de la jambe fut faite le 14 aout par M. le Dr Routier, chef de clinique de M. le professeur Le Fort, avec un résultat satisfaisant, bien que la cicatrisation eût été retardée par un peu de sphacèle du bord du lambeau. (Le procédé employé avait été l'elliptique à lambeau postérieur ou procédé de Marcelin Duval). Mais, huit ou dix jours après que cette cicatrisation s'était complétée, il se fit, au niveau de la cicatrice, une ulcération qui persista malgré les soins les mieux entendus, et qui existait encore vers la fin de janvier 1885, époque à laquelle le malade fut évacué sur l'hôpital des Mariniers et perdu de vue. Les plaies consécutives à l'opération de sa fistule étaient restées, pendant tout ce temps, à peu de chose près dans l'état où nous les avions laissées. Les lésions pulmonaires s'étaient accentuées et aggravées. (Renseignements fournis par M. le Dr Routier).

(1) Sorti le 4 février 1884. Il restait encore un petit point de plaie à cicatriser ; mais, comme les pansements étaient alors des plus faciles à faire, on laissa le malade retourner chez lui conformément à son desir, en lui recommandant de revenir de temps en temps dans la salle pour qu'on pût surveiller les dernières phases de la cicatrisation. Au bout d'une quinzaine environ, nous pumes constater que celle-ci était complète, solide, et que la guérison était définitivement assurée.

et en détruisant ensuite avec le thermo-cautère le fond et les parois de ces trajets. Il résulta de cette opération une plaie très étendue et très irrégulière, qui circonscrivait l'orifice anal sur tout son pourtour, et au fond de laquelle on voyait l'anus enfoncé et isolé des parties molles avoisinantes. Les pansements consistèrent en un tamponnement soigneux de toutes les anfractuosités de cette plaie avec la gaze iodoformée. La plaie est maintenant en bonne voie; mais sa cicatrisation sera très lente, et ce n'est pas avant deux mois au moins que nous la verrons terminée (1).

Le pansement de ces sortes de plaies réclame des soins méticuleux, et le travail de la cicatrisation doit y être surveillé avec la plus grande attention. D'abord, il arrive souvent que vous trouvez, dans les premiers jours qui suivent votre intervention, de petits trajets accessoires qui avaient échappé à vos recherches les plus consciencieuses avant et pendant l'opération. Ensuite, il est très fréquent de voir, à une époque plus ou moins avancée de l'évolution de la plaie, — et cela en dépit des pansements les mieux faits, — de petits décollements nouveaux se former en divers points des bords de la solution de continuité créée par l'opération. Je vous en citerai comme exemples notre second et notre troisième malades, chez lesquels sont survenus à plusieurs reprises de ces décollements secondaires, bien qu'ils fussent pansés très régulièrement et très soigneusement; notre dernier opéré n'arrivera probablement pas à la guérison complète sans nous avoir présenté aussi des accidents semblables. J'appelle instamment votre attention, Messieurs, sur ces petites complications post-opératoires, parce qu'il est très important que vous soyez en garde contre elles. Ces décollements secondaires sont très insidieux et se font souvent sans qu'il se manifeste dans l'état de la plaie aucune particularité de nature à vous donner l'éveil; il faut donc vous en défier toujours, ne pas négliger d'explorer de temps en temps avec la sonde cannelée ou le stylet boutonné les anfractuosités suspectes de la surface bourgeonnante, et inciser de suite tout trajet nouveau que vous aurez ainsi découvert. J'insiste également sur la nécessité qu'il y a d'isoler bien complètement, par vos pansements, les versants opposés des sillons que vous aurez creusés en opérant la fistule principale et ses diverticules, afin que ces sillons se cicatrisent du fond vers la superficie; en négligeant cette précaution, vous risqueriez de voir les parties superficielles de la plaie, qui intéressent des tissus sains, se recoller les premières, et la fistule se reconstituer dans une étendue plus ou moins considérable. Il est bien rare que la guérison des larges et profondes fistules ne présente pas cet inconvénient, qui oblige les chirurgiens à faire des incisions secondaires.

Tous les abcès de la marge de l'anus n'ont pas, heureusement, des suites aussi fâcheuses que ceux dont je viens de vous entretenir; il existe à ce point de vue des différences assez notables entre les diverses variétés. Ainsi les abcès tubéreux, qui siègent au-dessus de l'aponévrose périnéale superficielle, guérissent très bien après ouverture spontanée; mais il faut se garder de croire qu'il en soit de même des autres, sous peine de compter sur une guérison qui n'aura pas lieu, et de se laisser aller ainsi à une inaction préjudiciable au malade. Presque tous les abcès de la marge de l'anus, en dehors des abcès tubéreux, aboutissent à la formation d'une fistule, s'ils sont abandonnés à eux-mêmes ou traités d'une manière insuffisante.

La plupart du temps, les fistules à l'anus sont d'abord des fistules borgnes. Dans la grande majorité des cas, elles sont borgnes externes, et alors faciles à reconnaître. Les fistules borgnes internes sont à la fois moins fréquentes, plus insidieuses et plus difficiles à diagnostiquer; il faut donc particulièrement s'en défier, et faire son examen en conséquence, lorsqu'on est consulté par des malades qui présentent quelques troubles et quelques malaises du côté de l'anus.

Mais je laisse de côté la question de diagnostic, qui n'entre pas dans le cadre de cette leçon, et je veux me borner maintenant à vous dire quelques mots du traitement. Celui-ci peut se résumer en deux principes, qui s'appliquent non seulement aux fistules, mais tout à la fois aux abcès, aux phlegmons et aux fistules.

1re *règle. — Chaque fois que vous êtes en présence d'un abcès de la marge de l'anus que vous venez d'ouvrir, ou qui vient de s'ouvrir, il faut explorer avec le stylet, voir jusqu'où remonte le décollement, et diviser la paroi rectale dans toute la hauteur de ce décollement.* Vous obtiendrez alors une guérison définitive. Malheureusement, ce précepte est souvent oublié, et l'on se laisse facilement aller à temporiser ou à ne faire qu'une opération incomplète, l'incision de l'abcès, surtout lorsqu'on a affaire à ces gros abcès de la marge de l'anus, qui sont si douloureux, et dont l'ouverture simple procure un si grand soulagement aux malades. Mais, ce faisant, on a tort, parce que, tôt ou tard, on aura là une fistule à opérer.

Quant au traitement de la fistule, il ne faut pas compter sur les moyens médicaux, tels qu'injections irritantes, cautérisations, etc...; ils sont presque constamment insuffisants, et ce n'est que par exception qu'ils donnent des succès. Vous ne devrez pas beaucoup plus compter sur le traitement parcimonieux qui consiste à inciser seulement le trajet principal. Quelques chirurgiens tiennent encore pour cette manière d'agir, prétendant qu'une fois le trajet principal incisé, les trajets secondaires se ferment promptement; mais je crois que c'est là une erreur, et que, dans le plus grand nombre des cas, cela ne suffit pas pour obtenir sûrement la guérison. Je rejette donc aussi comme insuffisant le procédé d'incision unique dans les cas de fistules diverticulaires, quelle que soit la manière d'effectuer cette incision.

On a beaucoup parlé et beaucoup usé, dans ces temps derniers, de la ligature élastique. Cette méthode comporte deux variétés dans son mode d'application : tantôt l'anse élastique, qui embrasse les tissus à sectionner, est fortement serrée d'emblée; tantôt elle n'est serrée que progressivement, de jour en jour, la constriction restant toujours peu énergique. Dans le premier cas, la douleur est extrêmement vive pendant plusieurs jours; dans le second, les malades souffrent peu, mais la section ne se complète qu'avec une grande lenteur. D'autre part, la méthode d'opération des fistules anales par la ligature élastique est passible d'un grave reproche, qui s'applique aussi à tous les procédés de ligature (écrasement linéaire, ligature extemporanée, anse galvano-caustique), c'est qu'elle n'est pas applicable, au moins dans des conditions de simplicité opératoire sa-

(1) Sorti sur sa demande le 17 mai 1884. La plaie semble bien complètement cicatrisée ; toutefois, M. Trélat, par mesure de précaution, eut volontiers gardé encore le malade quelques jours de plus en observation, afin d'être plus sûr de la solidité de la cicatrice qui, en raison de l'ascension et de l'enfoncement de l'anus, était très difficile à examiner dans tous ses replis et très exposée à souffrir des causes d'irritation inhérentes à la région.

tisfaisantes, aux fistules à trajets multiples. Je ne l'admets, en conséquence, qu'à titre de procédé exceptionnel, à employer seulement pour de petites fistules à un ou deux trajets, chez des malades pusillanimes qui refusent absolument de se soumettre à un mode d'intervention plus expéditif.

2e *règle*. — *Quand on est en face d'une fistule à l'anus, il faut commencer par faire une reconnaissance très exacte de sa disposition, de sa profondeur, de ses diverticules, puis ouvrir tous les trajets, mettre à jour tous les clapiers, et modifier toutes les surfaces rebelles à la cicatrisation naturelle.* Employez pour vos incisions tel instrument qu'il vous plaira, bistouri, ciseaux ou thermo-cautère; cela m'est indifférent, pourvu que tout soit bien ouvert. Vous aurez alors sous les yeux les surfaces calleuses ou pseudo-muqueuses qui constituent les parois des trajets, et qu'il faut détruire. Vous pourrez réaliser cette destruction, soit à l'aide de la curette, soit à l'aide du thermo-cautère. La curette, si excellente dans nombre d'autres cas, ne convient pas dans cette région; son action n'est pas assez égale. Je lui préfère de beaucoup le thermo-cautère, qui agit plus régulièrement et plus énergiquement sur les parties à détruire, et c'est toujours avec cet instrument que vous me voyez compléter mes opérations de fistules à l'anus. Je vous ai parlé tout à l'heure des soins consécutifs à l'opération; je n'y veux revenir maintenant que pour vous rappeler, une fois encore, leur importance extrême et l'absolue nécessité qu'il y a de surveiller très attentivement la cicatrisation de la plaie, car la négligence dans les pansements et le défaut de surveillance peuvent compromettre le succès de l'opération la plus complète et la mieux exécutée. Souvenez-vous enfin, Messieurs, que la cicatrisation de ces plaies est toujours très lente, et, en tenant compte de l'étendue de la plaie, formulez votre réponse en conséquence, lorsque les malades vous questionneront, comme ils le font toujours avant de se soumettre à une intervention chirurgicale, sur le temps que demandera leur guérison définitive.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

Recherches expérimentales sur le tremblement dépendant de l'écorce grise des hémisphères du cerveau;

Par le Dr **Jean GASTERNATZVY.**
(Travail du laboratoire de M. Vulpian).

Les expériences sur les chiens et les chats, dont j'ai publié les résultats (1), montrent qu'un tremblement analogue à celui que l'on observe dans la sclérose en plaques disséminées, parait, quant à son origine, être la conséquence de la lésion d'une certaine étendue des cordons antéro-latéraux de la moelle épinière, qui transmettent les impulsions déterminantes des mouvements volontaires.

Mais il existe en pathologie des tremblements d'un autre genre, dans des cas où l'on ne trouve aucune lésion anatomique dans les parties de la moelle épinière, que je viens d'indiquer. Il est permis de supposer que le tremblement peut alors être le résultat d'une altération de certaines parties du cerveau, par exemple de l'écorce grise des hémisphères cérébraux. Dans cette note je me propose d'étudier le tremblement qui peut dépendre de cette dernière lésion.

(1) *Arch. de phys. norm. et path.*, 1881, p. 328 et suiv.

Dans quelques-unes des expériences où j'ai piqué les cordons antéro-latéraux du renflement lombaire pour obtenir le tremblement intentionnel, l'excitation des centres psychomoteurs avec le courant faradique, après chloroformisation de l'animal, a produit un tremblement très marqué non seulement dans l'extrémité postérieure, dont les nerfs moteurs sortent de la moelle au niveau des parties qui ont supporté les piqûres, mais aussi dans l'extrémité antérieure, dont le centre médullaire est à l'état normal. Après avoir constaté ce phénomène j'ai pensé que le tremblement observé dans ces circonstances dans l'extrémité antérieure, était le résultat de la chloroformisation ou plutôt de l'affaiblissement des fonctions physiologiques de la zone psychomotrice, déterminé par chloroforme. J'ai été confirmé dans cette hypothèse par ce fait que j'étais alors forcé d'appliquer un courant faradique beaucoup plus fort que celui qui est ordinairement nécessaire pour provoquer certains mouvements de membres chez l'animal non chloroformisé.

J'ai d'ailleurs constaté la réalité de cette hypothèse au moyen des expériences suivantes :

Sur des chiens, sans narcotisation préalable, on a mis à nu la zone psychomotrice d'un côté; ensuite, on a excité avec le courant faradique de l'appareil à chariot de Dubois-Reymond le centre psychomoteur d'une extrémité. Cela fait, on a chloroformé l'animal, puis on a recommencé la faradisation du même point de la région psycho-motrice. Pour éviter une lésion quelconque du centre psychomoteur, j'ai touché très légèrement la surface du cerveau et j'ai appliqué les électrodes seulement deux ou trois fois sur elle, ce que l'on peut faire aisément quand on connait à l'avance la situation de ce centre; dans les expériences où un centre psychomoteur d'une extrémité paraissait quelque peu lésé, j'excitais le centre psychomoteur de l'autre extrémité. On sait que la zone psychomotrice chez les chiens est plus excitable que chez les autres animaux, c'est pourquoi j'ai choisi les chiens pour mes expériences. Les résultats obtenus sont remarquables par leur précision. Je ne citerai, toutefois, que les expériences suivantes, parce qu'elles sont particulièrement démonstratives.

Expérience I°, 16 février. Jeune chien, âgé d'un an, la zone psychomotrice est mise à nu du côté droit du cerveau, sans narcotisation préalable. L'excitation du centre psychomoteur de l'extrémité antérieure détermine une faible flexion dans l'extrémité antérieure gauche à 200 millim. de distance des bobines ; cette flexion est très forte à 150 millimètres.

On chloroformise l'animal, cinq minutes après chloroformisation, pendant que la sensibilité de la peau à la douleur est diminuée, on observe : à 200 millim., aucun mouvement de l'extrémité antérieure ; à 150 millim., une flexion très faible de la même extrémité.

On maintient l'animal sous l'influence du chloroforme. 25 minutes après le début de la chloroformisation, l'excitation du centre psychomoteur de la même extrémité donne, à 150 millim., une flexion faible avec un tremblement bien visible.

Après 35 minutes de chloroformisation, quand les pupilles de l'animal sont assez dilatées et que la sensibilité douloureuse de la peau est affaiblie, l'excitation du même centre produit (à 150 millim.) la flexion très faible avec tremblement très marqué dans l'extrémité antérieure gauche.

Expérience II°, 20 février. Chien de taille moyenne d'environ 2 ans. La zone psychomotrice a été mise à nu du côté droit du cerveau, sans narcotisation préalable. L'excitation du centre psychomoteur de l'extrémité antérieure (à 150 millim.) détermine une flexion très forte de ce membre, sans tremblement.

On chloroformise l'animal. 15 minutes après la chloroformi-

sation, quand les pupilles sont un peu dilatées et la sensibilité douloureuse de la peau est émoussée, l'excitation (à 150 millim.) du même centre produit une flexion faible avec tremblement de la même extrémité.

On continue toujours la choroformisation. Après 35 minutes de chloroformisation, l'excitation (à 120 millim.) provoque une flexion faible avec tremblement intense

Après 45 minutes de chloroformisation, les pupilles sont dilatées au maximum, la sensibilité douloureuse de la peau est très affaiblie, mais la respiration et les battements du cœur sont normales. Le centre psychomoteur de l'extrémité antérieure paraissant un peu lésé, j'excite (à 80 millim.) à sa place le centre de l'extrémité postérieure du même côté, et j'obtiens une flexion avec tremblement très marqué dans cette extrémité.

Expérience III°, 24 février. Jeune chien. La zone psychomotrice est mise à nu du côté droit. L'excitation du centre psychomoteur de l'extrémité antérieure gauche donne: à 170 millim., une flexion modérée sans tremblement; à 150 millim., une flexion forte sans tremblement.

On fait respirer à l'animal 10 grammes de chloroforme. Sommeil profond, la sensibilité douloureuse de la peau est amoindrie, et les pupilles sont dilatées. L'excitation (à 100 millim.) produit une flexion très faible avec tremblement très marqué dans l'extrémité antérieure gauche.

Ces trois expériences démontrent que, sous l'influence du chloroforme, l'excitabilité de l'écorce des hémisphères cérébraux diminue graduellement, en même temps les mouvements sont affaiblis, et c'est alors que paraît le tremblement.

Expérience IV°, 1er mars. Jeune chien, bouledogue, âgé de 2 ans. La zone psychomotrice est mise à nu du côté droit du cerveau, sur l'animal à l'état normal. On touche (à 250 millim.) le centre psychomoteur de l'extrémité antérieure; on produit immédiatement une attaque épileptique avec dilatation des pupilles, et des spasmes d'abord toniques, puis cloniques. On endort l'animal avec le chloroforme. Après chloroformisation complète, c'est avec un écartement des bobines de 50 millim. que l'excitation du même centre provoque dans l'extrémité antérieure gauche des contractions irrégulières, interrompues, sans attaque épileptique.

Par cette expérience on voit jusqu'à quel degré la chloroformisation affaiblit l'excitabilité de l'écorce grise des hémisphères, car il a fallu rapprocher les bobines de 200 millim. pour obtenir un résultat moins marqué qu'avant l'anesthésie.

Dans les expériences avec les courants faradiques, j'ai excité seulement l'écorce grise des hémisphères du cerveau. Comme j'ai dû augmenter considérablement l'intensité du courant pour obtenir certains mouvements lorsque l'animal était chloroformisé, je pense que l'excitabilité de l'écorce (zone psychomotrice) a été diminuée par l'influence du chloroforme. D'autre part, le tremblement très prononcé n'a paru que lorsque l'animal avait été soumis à l'influence du chloroforme et, par conséquent, il était sans doute la conséquence de l'affaiblissement des fonctions des centres psychomoteurs.

Ces recherches expérimentales me semblent permettre d'expliquer certains faits cliniques de tremblement et d'en placer le siège dans l'écorce grise des hémisphères. Comme exemple principal, je citerai le tremblement paralytique observé chez les malades atteints de paralysie progressive des aliénés. En effet, dans cette maladie, la lésion anatomo-pathologique essentielle consiste d'une part dans la périencéphalite. On sait que ce processus pathologique entraîne l'atrophie de l'écorce des hémisphères, avec disparition des éléments nerveux et prolifération du tissu conjonctif, production de pigment, de gouttelettes graisseuses, etc. (MM. Huguenin, Meynert, Magnan et Mieczewski, etc.), et il est vraisemblable que ces produits jouent le rôle d'excitateurs pour les cellules nerveuses de l'écorce, qui n'ont pas encore perdu leurs fonctions. D'un autre côté, le tremblement paralytique, un des symptômes les plus importants de cette maladie, nous fournit quelques signes qui montrent la dépendance dans laquelle il se trouve à l'égard de l'écorce grise du cerveau :

1° Ce tremblement est général et son existence dans tous les muscles volontaires du corps montre que la lésion qui le provoque se trouve dans une partie du système nerveux avec laquelle tous ces muscles sont en communication : et l'écorce grise des hémisphères du cerveau est précisément cette région. 2° Le tremblement paralytique accompagne toujours les autres symptômes qui, comme on le sait, dépendent incontestablement de certaines lésions de l'écorce grise du cerveau, par exemple: les symptômes de la démence progressive, analgésie, attaques épileptiformes, phénomènes vaso-moteurs et trophiques, etc. 3° Au commencement de la maladie, le tremblement est à peine sensible pendant les mouvements très peu étendus, délicats, qui sont ordinairement les plus complexes et les mieux coordonnés, en même temps que la maladie augmente graduellement, suit sa marche, le tremblement. Enfin, dans la dernière période de la maladie, ce tremblement entraîne la paralysie complète de tous les mouvements psychomoteurs ou volontaires. Par conséquent il y existe une relation entre le tremblement paralytique et les autres symptômes de la maladie d'un côté, et, d'autre part, avec le développement progressif du processus anatomo-pathologique de l'écorce grise des hémisphères du cerveau, lequel constitue le caractère essentiel de la maladie.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

De la lèpre.

On a beaucoup discuté, ces temps derniers, à l'Académie de médecine la question de savoir si la lèpre est contagieuse. La théorie de la contagion a eu ses partisans et ses adversaires. Ces derniers, toutefois, semblent être en majorité dans le sein de la savante assemblée. Il ne sera peut-être pas sans intérêt de faire connaître quelques-uns des résultats de recherches que nous avons entreprises sur ce sujet relativement aux îles Sandwich, Maurice, et La Réunion, ainsi qu'à la Guyane anglaise.

Il est d'importance secondaire de savoir si la lèpre a existé aux îles Sandwich avant 1848, si M. Quoy l'y a a vue en 1819. Il reste acquis que la maladie y était en tout cas fort rare en 1848. Vers la même époque commence l'immigration des Chinois parmi lesquels l'on constate la présence de la lèpre. Dix ans plus tard, c'est-à-dire en 1858, pour la première fois, la maladie est mentionnée comme commune dans le pays. Ou bien elle n'existait pas avant l'arrivée des Chinois et alors ce sont eux qui l'y ont importée ; ou bien, elle existait avant cette date, mais alors comment expliquer l'extrême lenteur de son développement jusque-là et son extension subite dans l'espace de dix années, coïncidant avec la venue des Asiatiques, à tel point que bientôt un dixième de la population était lépreuse ? Ce cas, dans

la seconde hypothèse, rappellerait d'une façon frappante celui de l'Europe au moyen âge.

La lèpre y existe, mais elle est relativement rare. Les Croisés s'en vont en Orient dans les foyers antiques du fléau et peu après leur retour dans leurs pays, le mal y prend une extension telle qu'on parle alors d'*épidémies de lèpre* et qu'en France seulement l'on crée plus de 2,000 léproseries pour l'isolement des malades. Autre fait à noter, c'est que partout où l'isolement est rigoureux, le nombre des malades diminue rapidement. C'est l'inverse de ce qui s'est passé aux îles Sandwich, et les deux faits semblent militer en faveur de l'idée de la contagion.

Et les deux îles Maurice et de la Réunion ? C'étaient jusqu'au XVII[e] siècle des terres inhabitées et les premiers colons qui s'y établirent en permanence étaient Français. Puis vinrent des immigrations d'Africains, d'Hindous et finalement de Chinois. Aujourd'hui l'on y compterait sans peine des centaines de lépreux de toutes les races, y compris celles d'Europe. Or, il est avéré que plusieurs lépreux y ont abordé, venant d'Afrique ou d'Asie comme esclaves ou comme coolies laboureurs.

Et la Guyane anglaise ? L'histoire de la lèpre y est encore plus nette et plus intéressante ; résumons-la :

1[re] *Période* : préhistorique. Le pays est habité exclusivement par des peuplades Indiennes.

2[e] *Période* : les colons Européens s'y établissent. Pas de lèpre.

3[e] *Période* : période de l'esclavage. Parmi les esclaves africains qu'on y débarque, quelques-uns (très peu nombreux, car c'était marchandise précieuse et on la triait bien avant l'embarquement), sont atteints de lèpre. On les isole rigoureusement aux confins des plantations et ces cas restent *tous* limités aux noirs. En 1831 l'on en compte en tout 431, et l'on fonde un établissement spécial sur les bords de la rivière Pomeroon où on les envoie tous. Mais là déjà se trouvaient établies plusieurs tribus Indiennes, entre autres celles des Caraïbes, des Accoway, des Arrowack et des Warrow. Mécontentes de ce nouveau voisinage, toutes quittèrent la région, à l'exception de la tribu Warrow qui fraterternisa avec les lépreux et eut avec eux des rapports intimes et constants. En 1842, M. M[c] Clintock écrit : « Nous avons fait un recensement de toute la population indienne..... Nous y avons rencontré un grand nombre de lépreux des deux sexes, *mais tous invariablement appartenaient à la tribu Warrow*. » Voilà pour la contagion.

Les Bovianders, métis des nègres et d'Indiens Warrow, sont fréquemment aussi atteints de lèpre. Voilà pour l'hérédité.

En 1838, survint l'émancipation des esclaves, qui se répandirent par toute la colonie allant où bon leur semblait, et se mêlant librement à la population générale. Vers la même époque les planteurs firent venir des coolies de Chine et de l'Inde. Parmi eux, comme toujours, il se trouva parfois des lépreux.

Aujourd'hui, il y a deux lépreux pour mille de la population, et les blancs et les mulâtres fournissent leur contingent à la maladie aussi bien que les Nègres et les Indiens.

Citons quelques faits :

1° Cas du D[r] Regnauld, observé à Maurice :

a) Une femme noire, veuve et ayant un enfant âgé de 5 ans de son premier mari, se remaria avec un homme atteint de lèpre. Cet homme choyait beaucoup l'enfant et ils étaient tous deux constamment ensemble. La maladie se déclara bientôt chez l'enfant. Il n'y avait aucune tare lépreuse héréditaire ni chez la femme ni chez son premier mari.

b) Un homme blanc est atteint de lèpre anesthésique avec ulcère. Sa femme m'aidait tous les jours à le panser. Elle était probablement moins soigneuse que moi à se laver les mains après chaque pansement. Quoi qu'il en soit, un mois après la mort de son mari, il se développa une tache lépreuse sur sa joue droite, et deux mois plus tard elle en était toute couverte. Depuis lors la maladie est allée en empirant.

De très nombreux cas de ce genre pourraient être cités. Simple coïncidence, dira-t-on. Mais alors il y aurait lieu de rééditer le dicton italien : « Les exceptions sont plus nombreuses que la règle. »

2° Un jeune Ecossais, né en Ecosse, dont les parents n'ont jamais quitté l'Europe et dont l'histoire héréditaire est à tous points irréprochable, arrive à la Guyane. Un soir, étant ivre, il rencontre une femme avec laquelle il a des rapports. Le lendemain cette femme va le voir. Il lui demande ce qu'elle désire et apprend avec horreur que c'est elle qu'il a vue la veille. C'était une lépreuse confirmée. Dix mois plus tard les premiers symptômes de la maladie se manifestaient chez cet Ecossais qui est mort lépreux. (D[rs] Manget, Edge, Watt).

Je connais plusieurs autres cas de ce genre, dont un m'appartient. Je les citerai ultérieurement.

3° Joseph-Francis C..., âgé de 20 ans, Portugais blanc, né à Demerara. Ses parents sont encore vivants et bien portants. Il y a déjà dix ans qu'il est atteint de lèpre (forme tuberculeuse, comme dans le cas précédent). Il a une sœur âgée de 18 ans, également lépreuse. Tous deux ont été vaccinés avec de la lymphe empruntée à un enfant appartenant à une famille lépreuse. Ils ont un frère et trois sœurs qui sont en parfaite santé mais qui, eux, n'ont pas été vaccinés à la même source.

Les docteurs Manget, chirurgien général de l'armée et John Hillis, médecin de la léproserie de la Guyane anglaise, qui connaissent personnellement cette famille, considèrent ces faits comme prouvant absolument la propagation de la maladie par le vaccin. Il serait facile d'en citer d'autres.

Les cas de lèpre héréditaire sont nombreux, qu'il nous suffise de citer les ouvrages de Bœk, Danielseen, de Carter, de John Hillis, etc. Voici au reste, d'une façon sommaire, quelques notes empruntées à ce dernier auteur :

a) Joseph l'Espérance, lépreux confirmé dès l'âge de deux ans. Atteint de la forme mixte de la maladie. Père et mère tous deux lépreux, le père ayant la forme tuberculeuse, la mère la forme anesthésique. La forme mixte de la lèpre ne se manifeste d'ordinaire qu'entre 20 et 40 ans.

b) Maria B., 43 ans. Parents lépreux. Elle-même est encore indemne de toute manifestation de la maladie ; mais elle a six enfants dont l'aîné à 11 ans, le dernier 10 mois. Tous les six sont lépreux (forme tuberculeuse, qui ne se montre d'ordinaire qu'après la puberté).

c) Le D[r] Saturnin (Trinidad), et le Comité du Collège Royal des physiciens de Londres, citent deux cas de lèpre chez des nouveau-nés.

Voilà quelques faits qui, sans répondre absolument au type idéal réclamé par les éminents annotateurs de

Kaposi — qui voudraient qu'on leur présentât un enfant né à Paris, d'une mère lépreuse, immédiatement séparé d'elle et qui, plus tard, serait lui-même devenu lépreux — nous paraissent de nature cependant à rendre moins intransigeants les adversaires de la transmission héréditaire du mal.

Or, une affection qui se progage par hérédité, par contact, par rapports sexuels, par inoculation vaccinale, qui débute le plus souvent par les parties découvertes du corps, qui affecte sur la peau une marche serpigineuse, doit-elle être considérée comme contagieuse, ou non? Autant apparemment se poser la même question au sujet de la syphilis, qui est loin d'être contagieuse à toutes ses périodes et qui ne produit pas toujours des accidents héréditaires.

Au reste, il sera bientôt possible, nous l'espérons, de reprendre l'étude expérimentale de la question. Nous poursuivons depuis quelque temps des essais de culture du bacille de la lèpre sur du sérum humain. Si nous réussissons à en obtenir des cultures pures, l'occasion sera favorable pour renouveler les tentatives d'inoculation de Neisser. Il serait intéressant aussi d'étudier le bacille de la tuberculose dans ce nouveau milieu. R. Suzor (de Maurice).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 14 décembre 1885. — Présidence de M. Jurien de la Gravière.

M. H. Fol donne la description *d'un microbe dont la présence paraît liée à la virulence rabique.* En employant le principe des méthodes de durcissement et de coloration de Erlich et Weigert, il a reconnu dans des coupes de moelle rabique d'une épaisseur ne dépassant pas 1/200 de millimètre, l'existence de certains éléments qu'on ne retrouve pas dans la moelle saine. Ce sont de petits globules qui ont tout l'aspect de microcoques et qui sont généralement logés dans les lamelles de la névroglie. Si l'on ensemence un milieu de culture approprié avec l'encéphale rabique, il s'y développe à l'étuve un léger nuage qui tombe au fond dès le quatrième jour. Ce dépôt, inoculé à des animaux sains, leur transmet quelquefois une rage bien caractérisée : seulement la durée de l'incubation est plus prolongée que celle du virus qui a servi à l'ensemencement. En inoculant des cultures anciennes de plus de six jours, M. Fol n'a pas obtenu de rage marquée.

M. P. Regnard fait, par l'intermédiaire de M. Paul Bert, une très intéressante communication au sujet *de l'action de la chlorophylle sur l'acide carbonique en dehors de la cellule végétale.* Il s'est demandé si la chlorophylle peut agir comme substance chimique et en dehors de tout substratum, au même titre que l'hémoglobine séparée du globule sanguin. Grâce à une méthode très délicate, il a vu : 1° que les corps chlorophylliens, séparés de la cellule, continuent à décomposer l'acide carbonique; 2° que la chlorophylle, séparée du protoplasma, agit aussi, mais avec une intensité très faible. Ces recherches, d'une grande importance en physiologie générale, tendent à assimiler la conformation du grain chlorophyllien à la constitution du globule sanguin.

M. Retterer étudie *le développement des tonsilles chez les mammifères.* Ces corps représentent un organe complexe, assemblage de glandes en grappes à conduits excréteurs et de glandes vasculaires sanguines, qui en manquent. Ces dernières sont constituées par la pénétration réciproque de tissu cellulaire et de tissu épithélial. Les introrsions primitives de l'ectoderme y persistent sous la forme de diverticules allant s'ouvrir sur la muqueuse de l'isthme du gosier.

M. Laffont fait des recherches sur *l'anatomie et la physiologie comparée des nerfs trijumeau, facial et sympathique céphalique chez les oiseaux.* Comme chez les mammifères, les nerfs vaso-dilatateurs tirent leur origine de deux sources : le trijumeau et le sympathique.

M. Boucheron recommande *le régime peu azoté dans le diabète.* Le sucre dérivé des albuminoïdes est tout aussi important que celui qui dérive des hydrocarbures. Aussi est-il bon de diminuer la ration des premiers. P. L.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 19 décembre 1885. — Présidence de M. P. Bert.

M. Straus présente une note de M. Grasset sur l'*hypnone*, dans laquelle cet auteur dit que, lorsqu'on fait des injections intratrachéales de cette substance, on amène un sommeil calme chez le chien, au lieu de la mort qui suit, par exemple, les injections hypodermiques.

M. Laborde dit que l'hypnone est un médicament toxique au premier chef qui diminue d'une façon considérable la capacité respiratoire du sang.

M. Duval remet un volume de M. Hartmann sur les singes anthropoïdes; l'auteur n'a même pas cité le nom de Broca.

M. Ch. Richet remet une note de M. de Varigny sur le *tétanos rhythmique des muscles des invertébrés.*

M. Richet a fait avec M. Gley des études sur la *gustation.* Il s'est servi des sels alcalins : les chlorures, les bromures et les iodures de sodium, de rubidium, de potassium et de lithium. L'intensité gustative varie par chacun de ces sels, non pas suivant le poids absolu du sel, mais bien suivant son poids moléculaire; les iodures sont les plus sensibles.

M. Grimaux pense qu'il faut aussi faire rentrer en ligne de compte le degré de solubilité du sel qui limite par lui-même les recherches.

M. Livon présente une note sur la présence des fibres modératrices cardiaques dans la branche interne du spinal.

MM. Franck et P. Bert disent que c'est là un fait définitivement acquis à la science.

M. Livon a également fait, chez des chiens, des injections intra-veineuses d'urine de cholérique à la période algide et n'a jamais observé d'accidents fâcheux.

M. Lépine, relevant les chiffres de M. Livon, pense qu'une injection de 20 c. c. dans les veines d'un gros chien est insuffisante pour produire des accidents.

M. Livon présente une note de M. Caillot sur la toxicité du *rouge de Bordeaux.* Cette substance est presque complètement inoffensive.

M. Lépine a fait avec M. Cazeneuve des recherches sur cette substance, qui dérive de l'aniline. Elle est en effet presque inoffensive. Mais il est d'autres dérivés, le *jaune d'or* en particulier, employé par les fabricants de macaroni pour la fabrication de leur pâte, et qui est fort toxique.

M. Grimaux dit qu'il y a longtemps que M. Wurtz avait signalé les dangers du jaune d'or. Quant à l'acide salicylique, qui véritablement est peu toxique. on a calculé que si on en permettait l'emploi, il pourrait arriver qu'un individu en absorbât 3 à 4 grammes par jour: on en met dans tout : vin, viande, confitures, etc. Il faut donc le proscrire avec énergie.

M. Beauregard montre des photographies d'un cétacé, une *megaptera*, qui est venu s'échouer sur la côte normande.

M. Luys entretient la Société de nouvelles expériences qu'il a faites pour démontrer la *locomobilité intra-crânienne du cerveau.* Au moyen d'un dispositif spécial, il congèle crâne et cerveau, et pratique des coupes; il faut environ huit heures pour produire la congélation. Lorsque

celle-ci a été faite, le sujet étant dans le décubitus dorsal, les coupes montrent qu'il existe un espace vide au-devant des lobes frontaux; lorsque le sujet est maintenu assis, le vide existe au niveau de la partie culminante des hémisphères. M. Luys en conclut que le cerveau occupe différentes positions suivant les diverses attitudes et par conséquent jouit d'une certaine mobilité intra-crânienne, ce que démontrent encore certains cas pathologiques.

M. P. Bert répond qu'on ne saurait comparer de semblables expériences à ce qui peut exister sur un cerveau vivant, gonflé de sang et turgide. La congélation à laquelle M. Luys soumet ses sujets dure huit heures, par conséquent le cerveau peut subir dans la situation où il a été immobilisé un tassement suffisant pour expliquer le vide observé, d'autant qu'il n'existe plus ni sang, ni liquide céphalo-rachidien. Enfin, M. Luys a cité un cas dans lequel une tumeur du cerveau aurait tracé une gouttière se dirigeant du vertex vers le temporal. Il n'existerait donc que des mouvements s'exécutant dans un seul sens, car autrement on eût observé plusieurs gouttières se dirigeant diversement. Gilles de la Tourette.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 20 février 1885. — Présidence de M. Cornil.

29 Des tumeurs qui se développent sur les organes fibreux; par M. le Dr Lagrange, agrégé de la Faculté de médecine de Bordeaux, chirurgien aide-major au Val-de-Grâce.

Dans le courant de l'année 1884, alors que je suppléais à l'hôpital Saint-André, de Bordeaux, M. le professeur Badal, j'ai eu l'occasion d'enlever un globe oculaire pour une tumeur maligne développée à ses dépens. L'opération faite sans incident, j'examine la pièce anatomique qui mérite la description suivante :

1° *Examen macroscopique*. La tumeur est à cheval sur le tégument interne du limbe scléroticо-cornéen, sa base d'implantation a les dimensions d'une pièce de cinquante centimes. Compact à sa base, le néoplasme devient pulpeux, friable à mesure qu'on s'en éloigne. Sa couleur est d'un brun foncé rappelant celle de la truffe; ou remarque des traînées plus claires presque blanchâtres. Le globe de l'œil est incisé dans le sens antéro-postérieur; la tumeur est à peu près partagée en deux moitiés égales. On peut ainsi se convaincre que la cavité oculaire est absolument intacte. La choroïde, les procès ciliaires, l'iris n'ont avec la tumeur aucun rapport; ils en sont séparés par toute l'épaisseur de la sclérotique et de la cornée. Le néoplasme paraît appliqué à la face externe de ces membranes.

2° *Examen microscopique*. Conservée et durcie par les procédés ordinaires, la tumeur a été l'objet de deux ordres de coupes, portant les unes au niveau de la sclérotique, les autres au niveau de la cornée.

1° Au niveau de la sclérotique, les coupes sont perpendiculaires à cette membrane; on y voit nettement les rapports de ses lames externes avec les éléments anatomiques de la tumeur. Les faisceaux fibreux de la sclérotique sont déchiquetés et frangés, ils plongent et disparaissent au milieu des cellules embryonnaires. A la périphérie, on voit une lame scléroticale se réfléchir. Soulevée qu'elle est par les éléments anatomiques. Il importe de remarquer que la sclérotique est absolument saine dans toute son étendue, sauf dans sa partie la plus externe, représentant à peu près le dixième de son épaisseur.

2° Au niveau de la cornée. Il est facile de reconnaître ici l'intégrité complète de cette membrane; sa lame épithéliale externe seule a disparu; il est curieux de voir les cellules embryonnaires du néoplasme s'arrêter brusquement en face de la première lame cornéenne restée indifférente à ce contact. Ce premier fait est donc remarquable par l'intégrité absolue de la sclérotique et de la cornée, malgré la présence d'un grave néoplasme à leur surface externe.

Quelques jours après cet examen, une tumeur analogue me fut remise par M. le professeur Badal qui en avait pratiqué l'ablation dans sa clientèle privée. Cette deuxième pièce anatomique est exactement la répétition de la première, le néoplasme est un peu moins volumineux, mais il s'agit encore d'un sarcome développé sur la conjontive et dont les éléments sont en contact avec la sclérotique et la cornée absolument saines.

En présence de ces deux faits, j'ai dû me demander si ces dispositions sont la règle dans les sarcomes de la région antérieure de l'œil et si la sclérotique et la cornée ne sont, à aucun degré, susceptibles de dégénérescences néoplasiques. J'ai soigneusement analysé les observations publiées sur ce sujet. Quelques-unes par leur titre même montrent que la sclérotique et la cornée sont incriminées, et l'auteur (1) qui, dans ces dernières années, a le mieux étudié ces néoplasmes, estime qu'ils prennent leur origine soit dans la sclérotique, soit dans la cornée, soit dans la conjonctive. Il incline même à penser que le siège le plus fréquent des tumeurs mélaniques est la sclérotique au point où cette membrane s'unit à la cornée. Nous croyons que c'est là une erreur manifeste. Les fibres cornéennes ont, dans la majorité des cas, conservé leur transparence; elles sont quelquefois opacifiées; mais la cornée n'est ni détruite ni ramollie, ni même infiltrée d'éléments jeunes, alors même que la tumeur a atteint à la surface de l'œil un volume considérable. J'ai dû, par conséquent, conclure de ces dernières recherches, que la sclérotique et la cornée servent aux néoplasmes de point d'appui et non de point d'origine, et que la conjonctive est le véritable terrain où ils se développent.

Cette conclusion ne peut surprendre, car un certain nombre d'autres organes, dont la structure est identique à celle de la sclérotique et de la cornée, les ligaments et les tendons par exemple, se comportent à l'égard des néoplasmes de la même façon.

Les sarcomes primitifs des ligaments sont inconnus et les ostéo-sarcomes des épiphyses respectent même pendant longtemps les ligaments de l'articulation voisine. Il en est encore ainsi des tendons que les auteurs les plus récents regardent comme à l'abri des néoplasies sarcomateuses. J'ai moi-même communiqué en 1882 (2), à la Société anatomique, l'observation d'un sarcome développé autour de la séreuse d'un tendon des doigts.

A propos de ce fait, M. Cornil a fait remarquer l'intégrité des éléments propres du tendon. Les faisceaux fibreux étaient écartés, mais non détruits par les cellules embryonnaires. Dans son article du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, M. Schwartz nie l'existence des tumeurs des tendons et pense qu'il s'agit toujours d'un néoplasme développé dans la séreuse correspondante.

Si ces organes fibreux : sclérotique, cornée, ligaments, tendons, ont une si grande analogie dans leur réaction pathologique; ils paraissent différer par là au plus haut degré d'un autre groupe d'organes fibreux, les aponévroses qui sont, d'après tous les auteurs, très fréquemment le siège de tumeurs sarcomateuses embryonnaires ou fibroplastiques. Un grand nombre de travaux ont été produits sur ce sujet. Pour ne parler que des principaux, citons le mémoire que M. le professeur Guyon a lu à l'Académie de médecine, en 1877, sur les tumeurs fibroplastiques des aponévroses du cou, et aussi l'intéressant travail de M. Nicaise sur les tumeurs des aponévroses de la paroi abdominale (*Revue mensuelle de médecine et de chirurgie*, 1878). Cosserat, dans une thèse assez connue (Paris, 1869) a décrit les tumeurs de l'aponévrose poplitée; un grand nombre d'auteurs, classiques ou non, ont insisté sur ces néoplasmes des aponévroses. La contradiction est donc frappante en ce qui se passe au niveau des tendons, des ligaments, de la sclérotique et ce qui a lieu pour les aponévroses. Il s'agit bien du même tissu fibreux et cependant la réaction pathologique est tout à fait différente.

J'en étais là de mes réflexions, lorsque entra dans le ser-

(1) Bimsemstein. — Thèse, Paris, 1879.
(2) *Société anatomique de Paris*, 1882.

vice de M. le professeur Denucé, que je suppléais l'année dernière, un homme dont voici l'histoire :

L. B..., 37 ans, né à Coure (Dordogne), entre le 17 avril à l'hôpital Saint-André (salle 18, n° 30) pour une tumeur de la grosseur d'une orange située à la partie inférieure et externe de la cuisse. Les antécédents héréditaires sont bons, le malade n'a jamais eu d'autre affection que la tumeur pour laquelle il est entré dans le service. La tumeur remonte à 15 ou 20 ans. Au début, elle acquit en peu de temps le volume d'une grosse noix, puis resta stationnaire, dure et indolore. Depuis cinq mois, elle s'est accrue rapidement et paraît en voie d'évolution rapide. Elle est mobile sur les parties profondes, n'a aucune adhérence avec les muscles et les tendons, aucun rapport avec l'articulation ou avec le squelette. Elle tient à l'aponévrose par toute sa face profonde et paraît s'y être développée. Les mouvements qu'on lui imprime sont limités par l'aponévrose fémorale qui suit la tumeur quand on cherche à la déplacer. La peau commence à être envahie. Il n'y a pas de ganglions indurés, le sujet présente un état général assez bon, bien qu'il soit un peu amaigri.

L'extirpation est largement faite à l'aide d'une incision elliptique. En disséquant la tumeur, on constate qu'elle adhère largement à l'aponévrose. Cette dernière est excisée largement dans le but d'éviter la récidive et de faire une extirpation complète.

L'étude attentive de la pièce montre les particularités que voici : La tumeur est aplatie et allongée ; à sa surface on trouve une épaisse couche de tissu fibreux. Elle est assez dure en certains endroits ; quelques points cependant sont notablement ramollis. Elle paraît étroitement adhérer au lambeau d'aponévrose qui a été enlevé avec elle : mais on peut aisément se convaincre que la tumeur et l'aponévrose ne présentent pas entre elles d'adhérences véritables. En effet, on peut séparer la tumeur de l'aponévrose dans sa totalité. Celle-ci l'entoure et la cloisonne de façon à former plusieurs lobes. Après avoir fait cette séparation, on remarque que l'aponévrose forme trois loges capables de contenir les diverses parties inégalement volumineuses du tissu morbide ; il est facile alors d'appliquer de nouveau l'aponévrose sur la tumeur et de redonner à toute la masse, l'aspect et la forme qu'elle présentait au moment de l'opération. L'examen histologique fait dans le laboratoire de clinique chirurgicale montre qu'il s'agit d'un sarcome embryonnaire dont quelques points ont subi la dégénérescence muqueuse. L'aponévrose paraît intacte dans toutes ses parties. J'ai donc commis sur ce malade une erreur manifeste au point de vue des relations de l'aponévrose et de la tumeur ; une pareille erreur a été commise par beaucoup de chirurgiens, c'est du moins ce qui résulte pour moi de la lecture des observations publiées dans les travaux que j'ai cités. Ces tumeurs ne se développent pas dans les aponévroses, elles se développent à côté; elles adhèrent au feuillet aponévrotique par une petite partie de leur surface, souvent par un pédicule étroit. Pour démontrer ce que j'avance, il faudrait passer en revue toutes les observations auxquelles je fais allusion. Je me garderai d'être aussi long ; quelques exemples vont suffire.

M. Lancereaux (1) rapporte dans son *Traité d'anatomie pathologique*, un cas de sarcome fibro-plastique développé aux dépens du ligament interosseux tibio-péronier. La figure qu'il reproduit nous paraît contraire à cette manière de voir. En effet, nous voyons une tumeur très volumineuse envahir les organes de la partie postérieure du mollet sans intéresser le ligament interosseux ; et la preuve qu'il en est ainsi, c'est que le néoplasme, pour pénétrer dans la loge antérieure de la jambe n'a pu trouver d'autre route que celle toute naturelle que lui offrait l'orifice par lequel passent à l'état normal les vaisseaux tibiaux antérieurs. Si le ligament interosseux était réellement le point d'origine, il aurait été d'abord détruit et le néoplasme aurait pu occuper aisément les deux loges, antérieure et postérieure de la jambe.

De même M. Paquet (1), de Lille, dans une observation d'ailleurs très intéressante, nous paraît se méprendre sur l'origine véritable de la tumeur qu'il étudie. Cette tumeur était reliée à l'aponévrose palmaire par un pédicule étroit et rien ne prouve qu'il s'agissait là d'autre chose que d'une adhérence secondaire. M. Nicaise (2) paraît commettre la même erreur lorsqu'il considère comme une tumeur de l'aponévrose du muscle droit, un sarcome qui n'y adhère qu'en quelques points circonscrits.

Les néoplasmes sont fréquents au niveau et à côté des aponévroses, parce qu'on y trouve toujours une couche relativement épaisse de tissu conjonctif très propre à leur développement. Pour le dire en terminant, en ce qui concerne les tumeurs pariétales de l'abdomen leur développement dans le tissu cellulaire sous-aponévrotique explique leurs adhérences avec le péritoine, adhérences telles que, comme le savent bien tous les chirurgiens, il faut la plupart du temps, sinon toujours, exciser avec elles le péritoine adjacent et pratiquer pour les extirper en entier une véritable laparotomie.

De cette courte étude et des faits que je viens de signaler, je crois devoir conclure que les organes fibreux, aponévroses, tendons, ligaments, sclérotique, etc., etc., sont un terrain éminemment défavorable au développement des néoplasmes. *Peut-être même les néoplasmes ne s'y développent-ils jamais.* En anatomie pathologique, ma compétence est trop réservée pour que je me permette de poser ici une conclusion formelle et une loi générale. Tels qu'ils sont, les faits que j'ai observés m'ont paru curieux par leur rapprochement, c'est pourquoi j'ai cru devoir les signaler à la bienveillante attention de la Société anatomique.

M. Kirmisson partage l'avis de M. Lagrange pour la sclérotique ; quant à la cornée, il semble certain que des tumeurs peuvent s'y développer; enfin, pour les aponévroses, si l'assertion de M. Lagrange est vraie, ce sera une révolution dans les idées chirurgicales actuelles.

M. Cornil fait observer que la dure-mère et le périoste sont les points de départ incontestés de nombreuses tumeurs cancéreuses, syphilitiques et autres. Ces tumeurs se développent à la face interne ou à la face externe du périoste ; or, il faut considérer que la face profonde est revêtue de cellules jeunes, la face superficielle, de cellules plates des séreuses ; il est possible que la partie fibreuse médiane reste inactive dans le développement des néoplasmes.

Les tissus fibreux, en tant que faisceaux définitifs, peuvent ne pas être très propres à donner naissance à des tumeurs, et leurs surfaces, appartenant au tissu séreux ou muqueux peuvent être plus favorables à la néoplasie.

30. M. Cornil montre des photographies d'individus affectés de rhinosclérome, tumeur dont il a montré les caractères dans la précédente séance.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 18 décembre 1885. — Présidence de M. Vidal.

M. Millard présente un petit mendiant qui, depuis 18 mois, se promène par les routes, accroupi sur un morceau de cuir, garni de roulettes, et se poussant avec des palettes fixées aux mains. C'est simplement un simulateur qui peut parfaitement marcher.

M. Féréol a reçu dans son service le malade sur lequel, dans une des dernières séances, M. Debove a fait des expériences de suggestion. Cet homme, vieux syphilitique, a actuellement des douleurs lancinantes. On l'a mis au traitement spécifique.

(1) Lancereaux. — *Anatomie pathologique*, t. I, p. 367,

(1) Paquet de Lille. — *Bulletin médical du Nord*, 1878.
(2) Nicaise. — *Revue mensuelle de médecine et de chirurgie*, 1878.

M. HAYEM fait une longue et très intéressante communication sur « *les diverses espèces de concrétions sanguines* ». Depuis les travaux de Virchow sur les embolies, les diverses espèces de concrétions sanguines sont bien connues ; ce qui l'est beaucoup moins c'est leur mode de formation. C'est là une étude complexe dont M. Hayem s'occupe depuis plusieurs années. La coagulation du sang résulte en effet d'une sorte de conflit entre ses éléments liquides et solides. M. Hayem divise en 3 groupes les concrétions sanguines : 1° *Concrétions hématoblastiques ou par battage;* 2° *Concrétions par stase*; 3° *Concrétions par précipitation*;—1° *Concrétions hématoblastiques ou par battage.* Elles se forment toutes les fois qu'on introduit un corps étranger dans un vaisseau sanguin, ou bien si on lèse la paroi vasculaire, soit en la comprimant entre les mors d'une pince, soit en pratiquant sur la surface interne du vaisseau une petite érosion au moyen d'un instrument fin et pointu (expérience faite par l'auteur sur le cheval). Ces concrétions se forment encore dans tous les cas de lésions chirurgicales des vaisseaux et dans toutes les endocardites végétantes; elles donnent facilement naissance à des embolies. Elles sont constituées d'abord par des hématoblastes qui s'agglutinent très rapidement entre eux et à la surface du corps étranger ou du point lésé,puis bientôt attirent les globules blancs,ensuite les rouges et enfin finissent par se recouvrir de fibrine.

2° *Concrétions par stase*; dans cette forme,le caillot se produit par la coagulation en masse du sang qui remplit le vaisseau. Pour que le sang contenu dans l'intérieur d'un vaisseau se coagule, il faut que la paroi vasculaire soit altérée ou qu'elle finisse par s'altérer au contact,par exemple,du sang qui stagne et reste liquide jusqu'au moment où se produit cette altération. La coagulation en masse peut encore se produire lorsqu'il y a altération du sang, c'est là l'inopexie de Vögel. L'expérience suivante permet de reproduire expérimentalement cette forme (l'auteur l'a publiée en 1882). On prend un segment de la jugulaire d'un chien entre deux ligatures, puis on lui injecte dans la circulation générale quelques centimètres cubes de serum extrait du sang d'un chien ou bien de celui du même animal. Alors on isole de même entre deux ligatures un segment de l'autre jugulaire. Après quelques minutes, le sang contenu dans le segment de cette jugulaire est coagulé en masse, tandis que celui de la jugulaire liée la première reste fluide et l'est encore une heure après ; nulle part ailleurs il n'y a de coagulation. Il faut donc admettre deux facteurs : la stagnation et la présence dans le sang d'un principe favorisant la coagulation. — Parfois le caillot est mixte : s'il s'agit par exemple d'une petite artère, un caillot *hématoblastique* peut s'y former, sous une des influences indiquées plus haut, puis bientôt il obture la lumière du vaisseau et la coagulation en masse s'y fait par *stase* ; c'est ce qu'on peut voir, par exemple, dans une poche anévrysmale, dans la phlegmatia alba, où le caillot ainsi produit a été exprimé, puis laminé par la vitesse du courant sanguin, et a permis à un second caillot de se déposer à sa surface et ainsi de suite jusqu'à production des caillots feuilletés typiques.

3° *Concrétions par précipitation.* — a-*précipitation en masse*; Naunyn en 1874, ayant congelé du sang à plusieurs reprises, avait dissous complètement l'hémoglobine. Injectant ce sang *laqué* à un lapin, il avait vu se produire un caillot unique partant du point d'injection et allant jusqu'au cœur. M. Hayem modifiant l'expérience obtint une autre forme qu'il désigne ainsi : — b-*Concrétion grumeleuse.* Si on injecte à un chien du serum de bœuf bien filtré, cette opération est fort douloureuse, l'animal est pris de frissons, de vomissements, de diarrhée muqueuse, puis sanguinolente, d'anurie, puis la température baisse et il meurt en 24 heures environ ; on trouve à l'autopsie un nombre considérable d'infarctus hémorrhagiques dans tous les viscères surtout, dans le tube digestif. Pendant la vie on observe dans le sang des concrétions formées par des hématoblastes et des globules blancs qui, en s'arrêtant dans les petits vaisseaux, donnent naissance aux embolies hémorrhagiques. Le serum de bœuf est particulièrement riche en principes coagulateurs (anciennes expériences de Schmidt), qui donnent lieu à ces phénomènes ; peut-être dans les maladies où l'on rencontre des lésions analogues, se produit-il un principe semblable qui se déverse ensuite dans le sang et y produit les mêmes effets. Le venin des serpents aurait sur le sang une action identique et causerait la mort par le même mécanisme.

M. DUMONTPALLIER, présente : 1° du liquide provenant d'une ascite chyliforme dans lequel on a trouvé, en plus des éléments déjà connus, des *peptones* ; 2° Un cœur montrant un rétrécissement extrême de l'artère pulmonaire et une large communication interventriculaire. Le malade, âgé de 19 ans, avait de la cyanose de la face et des extrémités ; on pouvait percevoir un souffle systolique à maximum au niveau de la tête de 3e côte gauche et le long du bord gauche du sternum, le souffle se prolongeait aussi en haut du côté de la clavicule.

M. JOFFROY, revenant sur sa récente communication qui avait pour titre : *du pied bôt tabétique*, dit avoir observé une grande différence dans l'état de la contractilité électrique des divers muscles de la jambe : généralement diminuée, elle est presque nulle surtout dans le long péronier latéral. L'examen d'une pièce anatomique qu'il présente, donne bien l'explication de ce fait. Le long péronier latéral est absolument graisseux, le soléaire encore plus malade, les autres muscles moins altérés. Si donc on se souvient d'après Duchenne que le long péronier relève le bord externe du pied et porte la pointe en dehors, on comprendra que, s'il est atrophié, le bord externe doit s'abaisser et la pointe se porter en dedans, si on songe que le soléaire étant détruit, les jumeaux ont une action prépondérante, on s'expliquera que la pointe du pied doive s'abaisser et les orteils se fléchir en griffe. Or, l'aspect ainsi obtenu par ces deux mécanismes est exactement celui du *pied bôt tabétique*, qui, dès lors, doit être considéré comme une variété de pied bôt atrophique. Dans les muscles il existe de l'atrophie irrégulière des faisceaux, et dans les nerfs, disparition d'un grand nombre de tubes. Le bureau pour l'année 1886 est ainsi constitué : Président, M. Guyot; Vice-président, M. Féréol ; Secrétaire-général, M. Desnos ; Secrétaires des séances, MM. Legroux et Barth ; Trésorier, M. Moutard-Martin ; Conseil d'administration, MM. Ferrand, Balzer, Féré, Lacombe ; Conseil de famille, MM. Vidal, Siredey, Cadet de Gassicourt, Dumontpallier, Comité de publication, MM. Barth, Legroux, Desnos, Laveran.

L. CAPITAN.

ECOLE DE MÉDECINE D'ANGERS. — Par arrêtés du 18 décembre 1885, les concours suivants auront lieu pour l'Ecole de médecine d'Angers : pour l'emploi de chef des travaux physiques et chimiques le 15 juillet 1886. Pour l'emploi de chef des travaux anatomiques et physiologiques, le 1er juillet 1886. Ces deux concours s'ouvriront à ladite école. Le 5 novembre 1886, devant la Faculté de médecine de Paris, s'ouvrira en outre un concours pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et physiologie à la même école.

REVUE DE MÉDECINE NERVEUSE
ET MENTALE

I. **Reazione elettrica dell'acustico negli alienati**. Dott. Gabriele Buccola. (*Rivista sperimentale* di freniatri en 1885, fasc. I).

II. **Sulla struttura della ghiandola pineale**. Dott. Attilio Cionini (*Riv. sperim.*, 1885, fasc. I).

III. **Morfologia cellulare delle circonvoluzioni frontali**. R. Roscioli (*Riv. sperim.*, 1885, fasc. I).

IV. **Influenza di alcun applicazioni idroterapiche sulla circolazione cerebrale nell'uomo**. G. Musso et B. Bergesio (*Riv. sperim.*, 1885, fasc. I.)

V. **Ricerche cliniche sui disturbi visivi nell'epilessia**. Dott. Guiseppe D'Abundo (*Giornale di neuropatologia*, 1885, fasc. III et IV).

VI. **Dell'uso dell'atropina et del curaro nella cura dell' epilessia.** Pel dott Gennaro Caruso (*Giorn. di neuropat.*, 1885, fasc. III et IV).

VII. **Le localizzazioni funzionali del cervello**. Luciani et Seppilli. Napoli, 1885 (*An. in riv. sperim. di fren.*, 1885, fasc. II et III).

VIII. **Nota terapica sulla cura dell'istero-epilessia**. Pel dott, Giuseppe Jacontini (*Giorn.di neuropatolog.*, 1885, fasc. III et IV.)

I. L'excitation électrique de l'acoustique chez les fous présente un grand nombre d'anomalies, tandis que les réactions normales, complètes ou incomplètes sont très rares. Ces anomalies sont surtout fréquentes chez les *hallucinés* appartenant à la vaste classe de la *paranoia* et de la *folie systématisée primitive*. Chez ces malades, l'excitation électrique de l'acoustique produit des hallucinations auditives au lieu de simples bruits, pendant tout le temps de l'action du courant et surtout à la fermeture de Ka. La réaction paradoxale peut ne se produire que d'un seul côté ; chez presque tous les aliénés, ce qui prédomine, c'est l'hyperesthésie jointe aux changements qualitatifs de la formule ; quelquefois de simples anomalies, renversement de la formule ou sensation sonore exclusivement à l'ouverture de l'anode. Dans deux cas, l'appareil sensoriel spécial fut inexcitable, dans deux autres, chez des exaltés chroniques, le courant amena une syncope; enfin, chez un malade, l'excitation galvanique diminua un peu les hallucinations continuelles. A part la paralysie générale, dans les autres formes de maladies mentales, des vertiges sont alors fréquents. L'inexcitabilité complète a été constatée chez deux épileptiques, chez un dément sénile, chez deux mélancoliques ; chez les exaltés au contraire, l'hyperesthésie acoustique se retrouve le plus souvent avec changement qualitatif de la formule.

II. Les éléments constituants do la glande pinéale seraient de nombreux vaisseaux et des petites cellules de forme le plus souvent globuleuse, de 10 à 18 μ, avec de nombreux prolongements grêles, flexueux, s'anastomosant avec ceux des cellules voisines. Quelques-uns d'entre eux se terminent aux parois des vaisseaux par de larges expansions infundibuliformes. Ces différents caractères, ainsi que l'absence de prolongement cylindraxile, font penser à l'auteur que ce sont là des cellules de la névroglie et non des cellules ganglionnaires. Quant aux fibres nerveuses, il n'en a rencontré ni dans la glande ni dans ses pédoncules.

III. Les recherches de l'auteur ont porté sur la première circonvolution frontale chez l'homme, le singe, le veau. Les cellules pyramidales prédominent, mais irrégulièrement disposées de telle sorte que la division en étages devient impossible : ces cellules ont une grandeur variable, presque toutes appartenant au premier type de Golgi (cellules à prolongements cylindraxiles). La structure de la circonvolution est sensiblement la même sur toute sa longueur. Quant aux cellules de la névroglie, elles sont caractéristiques, grâce à leurs nombreux prolongements en général grêles, mais dont quelques-uns, plus robustes, se terminent sur les vaisseaux par une expansion en forme d'entonnoir.

IV. Ce travail est le résultat d'une série de recherches faites sur un individu auquel il manquait une partie de la voûte crânienne. Les auteurs étudient successivement l'action des bains généraux froid et chaud, du pédiluve chaud, de la vessie de glace sur la tête. Sous l'influence du *bain froid général*, il se produit dans une première période, une augmentation rapide du volume du cerveau, due à l'afflux en plus grande quantité du sang artériel sous l'influence d'un accroissement de l'énergie cardiaque et aussi à un ralentissement do la circulation veineuse; une seconde période ne diffère que par une diminution de la hauteur des pulsations. L'action du *bain général chaud* se manifeste dans une première période par une congestion veineuse rapide et une légère diminution de la fréquence du pouls ; dans une seconde période, plus longue, on trouve de l'anémie cérébrale et une augmentation de fréquence des pulsations cardiaques ; ces derniers phénomènes persistent encore quelque temps après la cessation du bain. L'action du *pédiluve chaud* sur la circulation cérébrale, bien que moins rapide, est identique à celle du bain général chaud. Quant aux recherches sur l'action du froid produit par l'application de *vessies de glace* sur la tête, recherches faites sur l'homme en parfait état de santé, elles amènent les auteurs à cette conclusion, que le maintient prolongé des vessies, même pendant deux heures, n'amène sur la circulation cérébrale aucun effet appréciable par les méthodes graphiques. Les bons effets thérapeutiques que l'on obtient par ce procédé sont dus à une soustraction de chaleur ; le froid local ramenant à la normale la température de la substance corticale du cerveau qui s'élève dans les états inflammatoires qui viennent l'affecter ou dans les maladies fébriles.

V. Nous ne pouvons, dans ce cadre restreint, donner de ce travail une analyse complète. Nous dirons seulement que l'auteur a étudié et constaté, pendant et après l'accès épileptique et même dans les jours suivants, des modifications dans l'état de la pupille, dans l'aspect des vaisseaux du fond de l'œil, dans le champ visuel, l'acuité visuelle et le sens chromatique.

VI. Les résultats obtenus dans le traitement de l'épilepsie par l'atropine et le curare, sont bien différents. En effet, si M. Caruso, d'accord en cela avec MM. Voisin, Louville, Bourneville et Bricon, refuse au curare une action favorable, il reconnaît d'un autre côté que l'atropine lui a donné de bons résultats chez 10 malades, en diminuant le nombre et l'intensité des accès (8 fois) l'intensité seule (1 fois), en guérissant complètement le dernier malade; en même temps, on voit se calmer l'agitation, disparaître l'hébétude. Les doses quotidiennes, administrées par injections hypodermiques, étaient de 0,0005 à 0,005 au maximum.

VII. Nous ne pouvons que donner une vague idée, par une vue d'ensemble, de cet important travail qui s'appuie sur de nombreuses recherches expérimentales, aussi bien que sur des faits cliniques et anatomo-pathologiques. Des expériences du professeur Luciani, il résulte ce fait particulier que, chez les chiens, chaque sphère fonctionnelle (visuelle, auditive, olfactive et tactile) se trouve bien avoir une localisation particulière ; mais chacune d'elles, outre un territoire propre exclusif, s'étend encore sur un territoire commun aux sphères voisines où elles se confondent; c'est la zone d'irradiation. Parmi ces zones d'irradiation, il en est une qui est commune à tous les centres, c'est la partie postérieure du lobe pariétal. La clinique et l'anatomie pathologique ne confirment ces données qu'en partie, car si les observations de M. Seppilli nous montrent que les lobes occipitaux, temporaux, les circonvolutions centrales et temporales représentent bien les stations auxquelles aboutissent les fibres de la sensibilité visuelle, auditive, cutanée, musculaire ; d'un autre côté, elles semblent repousser la doctrine de territoires communs, de zones d'irradiation. Quant à la nature fonctionnelle des centres corticaux, tous les faits expérimentaux ou cliniques prouvent bien que la substance cérébrale est le siège des fonctions psychiques les plus élevées : perception, idéa-

tion, impulsions volontaires, et non pas comme le veut Munk, de simples sensations ou impulsions motrices, qui ont plutôt leur origine dans les masses ganglionnaires sous-corticales; ces masses d'ailleurs peuvent en partie suppléer le système cortical dont elles doivent être considérées comme une dépendance. Les mêmes faits amènent encore les auteurs à repousser la doctrine des projections de Munk, en montrant qu'il est impossible d'assigner à chaque segment d'un organe des sens une localisation exacte particulière dans les centres corticaux respectifs. Enfin, au point de vue des rapports de chaque centre d'un côté du cerveau avec les organes périphériques, les expériences de M. Luciani montrent que chaque centre est en rapport avec les organes périphériques des deux côtés du corps, à l'exception de la sphère sensorio-motrice qui semble avoir des rapports uniquement croisés. Les observations cliniques conduisent aux mêmes conclusions, au moins en ce qui concerne les sphères visuelle et cutanéo-musculaire.

VIII. Observation d'une dame atteinte d'hystéro-épilepsie, rebelle à tout traitement. Pour faire cesser les convulsions, M. Jacontini lui conseilla, dans la période prodromique de l'attaque, quand elle souffrait de la tête et de l'épigastre, de faire sur ces points des applications répétées d'eau froide, en l'*assurant que la convulsion ne viendrait pas*. Ce moyen réussit : la question est de savoir s'il n'y a là simplement, comme le veut l'auteur, qu'une action curatrice de l'hydrothérapie en grande partie ou si le succès thérapeutique n'est pas dû en grande partie à la *suggestion* qui a accompagné la prescription du remède (1) et qui souvent a elle seule suffit pour prévenir l'attaque ou d'autres manifestations névropathiques analogues.

J. SÉGLAS.

THÉRAPEUTIQUE

Du Goudron.

Il est admis dans la science que certaines substances volatiles passent en nature dans le torrent circulatoire, puis sont éliminées par les poumons sans avoir subi aucune modification : l'alcool, le chloroforme, l'éther, etc. ; aussi a-t-on considéré le poumon comme une glande chargée d'un véritable travail d'élimination plus ou moins analogue à celui qu'accomplissent les glandes rénales.

Le Goudron jouissant d'une incontestable efficacité dans toutes les affections des voies respiratoires, on était autorisé à se demander si, éliminé par les glandes pulmonaires, il agissait sur les muqueuses des voies respiratoires à la manière des balsamiques qui traversent les reins avant d'agir sur les muqueuses urinaires.

Les expériences tentées à ce sujet étant restées complètement négatives, les thérapeutes ont dû rechercher les moyens de faire arriver directement le Goudron sur les muqueuses pulmonaires. De là sont nés les inhalateurs, les goudronnières, etc. Ces appareils et ces procédés ont de nombreux inconvénients : ils sont dispendieux et d'un emploi difficile : ils obligent le malade à emplir sa chambre tout entière de vapeurs de goudron, alors qu'une faible partie de l'air contenu dans cette chambre sera seule utilisée pour la respiration.

M. Géraudel s'est posé le problème d'une tout autre façon et l'a résolu d'une façon aussi simple que pratique. M. Géraudel part de ces données : si les substances ayant la vapeur d'eau pour véhicule pénètrent difficilement par la bouche dans les voies aériennes, il n'en est plus de même, d'après les travaux de physiologie et de thérapeutique, notamment ceux de Gubler et de Sales-Girons, des substances qui sont à l'état gazeux. En conséquence, M. Géraudel s'est proposé de réduire le goudron à un état de division moléculaire tel que la température normale de la bouche suffit à le faire passer à l'état gazeux. Ces gaz, se mélangeant à l'air inspiré, se trouvent ainsi transportés directement dans les alvéoles pulmonaires, sans avoir à franchir l'économie. Par ce moyen, l'agent modificateur est porté directement sur la surface à modifier.

Les Pastilles de M. Géraudel fondant très lentement dans la bouche, ont pour but de transformer cet organe en un véritable appareil inspirateur ou inhalateur. Si nous rappelons que le Goudron stimule et corrobore la fibre pulmonaire; qu'il ne nuit jamais ; que, s'il tarit les sécrétions morbides, ce n'est pas à la façon des opiacés qui endorment la contractilité des vésicules aériennes, et tendent à produire l'atélectasie et l'engouement, surtout chez les vieillards et les enfants; si l'on ajoute que le Goudron est un antiputride excellent qui suspend la putréfaction des matières animales ; que ses vapeurs tuent tous les mycodermes et végétaux inférieurs; qu'elles diminuent et corrigent les sécrétions des cavernes, nous comprenons son usage si répandu et les résultats si remarquables que l'on obtient des Pastilles Géraudel.

Dr ACHENNE.

BIBLIOGRAPHIE

Traité de zoologie médicale, par R. BLANCHARD, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, in-8°, 1re partie, 1885. J. B Baillière et fils éditeurs.

L'extension qu'ont prise avec l'application du nouveau régime d'études, les sciences naturelles, rendait nécessaire l'apparition de livres nouveaux au courant des plus récentes découvertes. M. Blanchard qui, depuis deux ans, fait à la Faculté un cours qui est certainement l'un des plus suivis, a condensé les leçons qu'il avait faites sur la zoologie médicale et nous offre aujourd'hui la première partie de son travail.

La méthode qu'il a employée mérite nos suffrages : toujours il se souvient qu'il écrit pour des médecins et, lorsqu'il décrit une classe d'animaux, il a soin de le faire en employant pour sa description les types les plus caractéristiques et les plus faciles à se procurer. L'emploi d'un semblable procédé se faisait sentir vivement, surtout dans cette première partie qui traite plus particulièrement des protozoaires, du développement de l'œuf et des cœlentères. Il a fallu que l'auteur débrouillât, à propos de tous ces organismes inférieurs, un fatras épouvantable qu'avaient créé les travaux des médecins de tous les pays qui, dans cette science encore si nouvelle des infiniment petits, avaient décrit les mêmes espèces sous des noms différents. En ce qui regarde les protozoaires, nous signalerons les paragraphes consacrés à la description des amibes, dont plusieurs espèces vivent chez l'homme, de même que certaines sortes de flagellés et de sporozoaires. Ces derniers, dont l'étude est de date toute récente, sont l'objet de grands développements. L'auteur a mis en lumière des détails importants méconnus jusqu'alors, surtout en ce qui a trait aux sarcosporidies.

Nous avons déjà dit que les espèces qui vivent en parasites chez l'homme sont tout particulièrement décrites : ceci fait que l'ouvrage de M. Blanchard est non seulement un traité de zoologie générale, mais aussi et surtout un traité théorique et pratique des parasites humains, comprenant l'indication de tous les procédés à mettre en usage pour les retrouver chez l'homme, soit pendant la vie, soit sur la table d'amphithéâtre. Ce côté médical est parfaitement complété par l'étude des animaux qui intéressent la médecine, soit par leur piqûre ou leur morsure, soit par les produits qu'ils fournissent à la matière médicale. Toutes ces connaissances sont exposées avec la plus grande clarté : on sent à chaque instant combien l'habitude de l'enseignement a rendu de services à M. Blanchard. Il en résulte que son livre ne s'adresse pas seulement aux médecins déjà versés dans la zoologie médicale, mais encore aux étudiants qui pourront y puiser des éléments plus que suffisants pour préparer leur premier examen.

En un point pourrions-nous présenter quelques objections : nous avouons n'aimer guère les publications faites

(1) J. SÉGLAS. — Faits pour servir à l'histoire de la thérapeutique suggestive. (*Arch. neurolog.*, novembre 1885.)

par fascicules séparés. Il semble que l'ouvrage entier ne doive jamais paraître. Et, bien qu'à la vérité cette première partie de l'ouvrage soit complète en elle-même, nous eussions mieux aimé attendre encore quelque temps pour présenter celui-ci à nos lecteurs si nous n'avions appris deux choses : la première que l'auteur a cédé aux sollicitations des nombreux étudiants qui suivent son cours, la seconde que la plus grande partie de l'ouvrage est actuellement sous presse. G. T.

Traité pratique des maladies du système nerveux ; par le Dr Grasset. — Delahaye et Lecrosnier, 1885.

En quelques années, le livre de M. Grasset vient d'arriver à la troisième édition. Ce succès est amplement mérité par des qualités d'érudition, de clarté et d'exactitude dans l'exposition qui sont trop connues pour que nous ayons à les rappeler ici.

Cette troisième édition peut être considérée comme parfaitement au courant de la science neuropathologique; tous les travaux faits dans ces dernières années en France ou à l'étranger, même ceux qui ont paru en 1885, y sont largement mis à profit. C'est là un avantage incontestable, et qui, à lui seul, suffirait pour mettre hors de pair ce traité. Mais le savant professeur de Montpellier ne s'est pas contenté d'exposer clairement et fidèlement l'état de chaque question, il faut lui savoir gré d'avoir aussi fait œuvre de critique éclairé. Les discussions auxquelles il se livre sur un certain nombre de sujets seront très utiles au lecteur qui, sans guide, courrait risque de s'égarer au milieu d'opinions contradictoires souvent également séduisantes. On voit que dans cet énorme compendium de 1200 pages M. Grasset a su donner une note personnelle, ce n'est pas la seule, car certains chapitres de son livre sont de véritables monographies dans lesquelles l'auteur expose le résultat de ses propres recherches, et ces chapitres ne comptent certes pas parmi les moins intéressants. Un grand nombre de faits observés par l'auteur lui-même, exposés et invoqués à propos, préviennent l'aridité qu'on pourrait redouter d'une description purement didactique.

On comprendra que nous ne puissions indiquer dans cette analyse toutes les additions faites aux précédentes éditions ; nous signalerons seulement quelques-uns des sujets qui ont été soit traités pour la première fois d'une façon spéciale, soit remaniés plus ou moins radicalement. Ce sont : l'aphasie, comprenant une description minutieuse de la cécité et de la surdité verbale ; — la paralysie de la langue ; — l'amblyopie et l'hémianopsie d'origine cérébrale ; — la déviation conjuguée de la tête et des yeux ; — la maladie de Thomsen ; — le myxœdème ; — les paralysies radiculaires, etc., etc. — L'étude de l'hystérie a, elle aussi, fait l'objet d'additions notables; en particulier l'hypnotisme forme un petit chapitre dans lequel sont analysés les récents travaux sur cette question si intéressante de psychologie tant physiologique que pathologique. Signalons aussi une innovation qui sera sans doute très bien accueillie; elle consiste dans l'adjonction d'un appendice sur l'électrothérapie en général, par M. Regimbeau. Nous avons constaté avec plaisir que ce médecin distingué rend pleine justice à l'électricité statique un peu dédaignée à l'étranger, du moins avant ces dernières années. P. Marie.

Traité d'analyse chimique ; par F. Pisani. 1 vol de 385 pages, chez F. Alcan, 108, boulevard St-Germain.

Nous recommandons ce livre à ceux de nos lecteurs qui désirent s'occuper d'analyses chimiques. Ce n'est point un traité complet ainsi que le dit l'auteur, mais un résumé de toutes les méthodes qui lui ont paru les plus exactes, tout en étant les plus simples. Cette phrase indique la pensée qui a présidé au plan et à l'exécution de l'ouvrage, et nous devons dire que M. Pisani s'est fort bien acquitté de ce qu'il avait entrepris.

Après avoir parlé des réactions des *acides*, partagés en quatre groupes, l'auteur s'occupe des *bases* dont il fait connaître les réactions : dans le chapitre III il nous parle des essais par voie sèche et de l'examen spectroscopique ; tel est le contenu du premier livre.

Le second traite de l'analyse quantitative des méthodes de dosage et de séparation des divers éléments. Nous trouvons à la fin des renseignements utiles sur l'analyse des gaz et les densités de vapeurs, ainsi que sur l'analyse organique élémentaire. Comme appendice, M. Pisani donne un Traité complet d'analyse au chalumeau. P. Yvon.

VARIA

Laïcisation de l'Assistance publique.

Nous avons dit souvent que la laïcisation des hôpitaux remontait au XVIe siècle. Auparavant, l'Hôtel-Dieu, qui composait à peu près exclusivement l'Assistance publique de l'époque, était, au point de vue du *temporel* et du *spirituel*, absolument dans les mains du Chapitre de Notre-Dame. Voici le premier document relatif à la séparation du temporel et du spirituel : le premier, à l'avenir, sera confié à des *administrations laïques*.

Lettres patentes du Roy Louis XII relatives au service intérieur de l'Hôtel-Dieu.

11 avril 1505.

De par le Roy,

Très-chers et bien amez, nous estant derrenierement en nostre bonne ville et cité de Paris, plusieurs plainctes nous furent faictes touchant le maltraictement et petit gouvernement de l'Ostel Dieu de Paris et des pauvres d'iceluy. Et pour donner ordre, bonne et nécessaire provision, furent ordonnez certains commissaires pour procéder à la refformation dudit Hostel Dieu ; lesquelz commis nous avons presentement esté advertiz, avoient et ont très-bien commancé à procéder à lad. refformation, et jusques à ce que les Cordeliers du grant couvent Saint François de nostred. ville et cité ou aucuns d'eulx, ne scet on a quelz fins, se sont efforcez et efforcent encores d'empescher lad. refformation, dont n'avons esté ne sommes aucunement constans : car pour autant que lad. refformation redonde au bien, prouffit et utilité dud. Hostel Dieu et des pauvres qui y sont et affluent ordinairement, nous désirons qu'elle soit parachevée sans contredit ou difficulté.

A ceste cause voulons et vous mandons très-expressement que, en ensuivant nostre vouloir, vous tenez main à ce que lad. refformation soit faicte et entierement parachevée sans souffrir que aucun trouble ou empeschement y soit fait et donné au contraire, car nous serions très desplaisans se lad. refformation estoit interrompue, comme plus à plain vous dira nostre cher et feal sr de Graville, admiral de France, auquel nous escripvons présentement vous en parler, comme celuy qui a sceu et entendu nostre vouloir et intencion touchant ceste matière, par quoy vous le croierez de ce qu'il vous en déclairera de nous, et n'y ferez faulte : car tel est nostre plaisir.

« Donné à Bloys le XIe jour d Avril »

Signé Loys. — Robertet (1).

Exérése dentaire.

L'*Exérèse dentaire*, consiste dans l'extraction des dents avec des instruments anatomiquement appropriés. Cette *opération*, comprend, comme le dit fort bien Tomes, trois temps qui doivent se suivre avec le plus de rapidité possible. Ces trois temps sont : 1° Préhension de la dent avec l'instrument ; 2° Ebranlement de l'organe dans ses alvéoles ; 3° Sortie de l'ostéide.

A l'époque, où l'on se servait classiquement de la clef modifiée par Garengeot et par bien d'autres ensuite, ces trois temps se faisaient avec deux instruments. On saisissait d'abord et luxait la dent avec la clef, puis à l'aide d'un davier on achevait l'opération en tirant à soi la dent en dehors des alvéoles. Ce manuel opératoire compliqué, qui ne mettait nullement à l'abri des fractures, et le maxillaire et les dents, nous l'avons vu plusieurs fois, fut négligé par beaucoup. C'est alors qu'on fit exécuter à la clef, les trois temps de l'opération à la fois. Dire que quelques praticiens ne se servent pas habilement de cet instrument, nous n'en disconvenons pas. Mais, *rara Avis*. Qu'arrive-t-il dans cette façon de procé-

(1) *Histoire générale de Paris. — Registre des délibérations du Bureau de la Ville de Paris*, édité et annoté par Bonnardot, pages 105 et 106.

der ; c'est que la dent, subissant l'appel de rotation imprimée par la clef de Garengeot, décrit un cercle tel entre les parois du maxillaire, que les racines viennent au lieu et place de la couronne. Ce développement géométrique, qui dilate outre mesure les deux parois du maxillaire, n'est pas sans produire souvent de graves lésions, et frapper pendant quelque temps, d'impuissance, la mâchoire du côté opéré.

Notre opinion sur la clef dite de Garengeot ne nous est pas absolument personnelle, d'autres avant nous et qui ont laissé une réputation scientifique méritée, ont donné leur appréciation sur cet outil. C'est ainsi que l'on voit, page 97 du *Manuel de médecine opératoire* de *Malgaigne*, 6e édition : « La clef brise d'ordinaire l'alvéole, et l'habileté consiste à briser le moins d'alvéoles possible. » Désirabode, d'un autre côté, dit que la clef de *Garengeot* est un instrument dangereux, qui n'est propre qu'à masquer la maladresse de l'opérateur au détriment de l'opéré, instrument tellement défectueux qu'il n'est pas un ouvrier de bon sens qui, bien pénétré de son mode d'action, ose s'en servir s'il avait à enlever un clou d'un trou dont il ne voulût pas briser les parois. Cet instrument quoique d'origine anglaise, dit-on, est totalement inconnu en Angleterre et dans les travaux publiés en ce pays, dans lesquels il est traité de l'extraction des dents, il n'en est nullement fait mention. Quant aux accidents causés par l'emploi du davier, ils proviennent presque tous de sa mauvaise application.

Le *Davier*, forceps des Anglais et des Américains, qui existe depuis plus d'un siècle dans l'arsenal chirurgical des dentistes français, peut à lui seul exécuter les trois temps nécessaires à l'extraction d'une dent, sans que son emploi puisse entraîner des désordres sérieux.

Le Davier est une espèce de pince, droite ou courbée, à serres ou mors courts et forts, dentelés, à branches ou manches solides et allongés. Cet instrument se fait de différentes formes, suivant les différentes dents qu'il est appelé à extraire. Les mors sont toujours appropriés à la dent pour laquelle il est fait, du moins chez les bons faiseurs il en est ainsi. Il offre l'immense avantage de ne pas prendre son point d'appui sur les dents voisines, ni sur l'os maxillaire.

Il n'y a point de davier universel, et, comme le fait judicieusement observer Tomes, le meilleur ouvrier, ne sera pas celui qui opérera avec le plus petit nombre d'outils, mais toutes circonstances égales d'ailleurs, celui qui possède les instruments les mieux faits et les mieux appropriés se trouvera toujours dans les meilleures conditions de succès. Ce n'est pas sans avoir pesé le pour et le contre, et sans avoir depuis longtemps par nous-même jugé de l'opportunité de tel ou tel instrument, que nous avons fait une sélection parmi le nombre considérable de daviers en usage dans notre profession. Tout en restreignant le plus possible le nombre des instruments, nous n'avons pas voulu laisser l'opérateur désarmé pour certains cas. *Huit instruments : sept daviers* et un *élévateur*, formeront l'arsenal chirurgico-dentaire du médecin praticien.



Fig. 121. — Elévatoire pour l'extraction des racines par déplacement. La lame montre son extrémité active par sa face *plane*.

Voici la liste des différents daviers : 1° Pour la mâchoire supérieure, 1 davier à mors droits, pour les incisives centrales, latérales et canines, 1 davier dont un des mors présente une courbure plus prononcée que l'autre, pour les prémolaires et au besoin les canines. Deux daviers bayonnette, l'un pour le côté droit, et l'autre pour le côté gauche, destinés à l'extraction des trois molaires supérieures. Un davier pince, bayonnette à mors effilés pour extraire les racines dont les couronnes ont disparu.

Pour la mâchoire inférieure, un davier avec articulation spéciale, pour les incisives, canines et prémolaires. Un davier, à branches horizontales, dont les mors sont courbes et forment un angle obtus avec les branches pour les trois molaires inférieures ; total sept daviers.

L'*Elévateur*, instrument d'acier, aplati d'un côté de sa lame, et convexe de l'autre, est pourvu d'un manche solide en ébène ou ivoire quadrillé de façon que la main qui le tient dans l'opération ne puisse glisser ; son extrémité active est assez mince, et là où le davier est impuissant, cet outil devient très précieux. C'est un auxiliaire que tout opérateur doit posséder. Avec un peu d'habitude, il lui rendra les plus grands services (*fig.* 121).

Avec ce petit matériel, tout praticien peut faire quelque extraction qui se puisse présenter. Nous dirons, en outre, que tous les mors des instruments sont faits de telle sorte qu'une fois appliqués sur la dent, de la bonne manière, ils ne peuvent glisser d'aucun côté. Tel n'est point le fait du crochet (fût-il en serres d'aigle) de la clef Garengeot.

Nous dirons plus loin quelques mots touchant un autre élévateur connu par tous les praticiens sous le nom de *pied de biche.*

Congrès international d'hydrologie et de climatologie de Biarritz.

M. le Dr Durand-Fardel, président du Congrès, et M. le Dr Garrigou, secrétaire général se sont rendus à Biarritz afin de s'entendre avec le comité local de cette ville au sujet de l'organisation définitive du Congrès qui doit s'y ouvrir le 1er octobre 1886. Une séance publique a eu lieu, le mercredi 25 novembre, dans une salle du grand hôtel, à laquelle, par suite d'une convocation spéciale, ont pris part un nombreux concours de médecins, hommes de science et hommes du monde, français et étrangers. — M. O'Shea, président de la Société Biarritz-Association, à laquelle est due l'initiative du Congrès, a, dans une courte allocution, souhaité la bienvenue à M. le Dr Durand-Fardel, et remercié le chef de l'hydrologie française d'être venu lui-même travailler sur place à l'organisation du Congrès de Biarritz. M. le Dr Durand-Fardel a ensuite, dans un exposé clair et précis, rappelé que les Congrès, en général ont pour objet la diffusion des connaissances scientifiques, le rapprochement des hommes et des idées, et surtout la coordination des travaux passés, ainsi que la préparation méthodique des travaux futurs. C'est surtout à cette dernière idée que répondra le Congrès de Biarritz ; car, si l'hydrologie constitue déjà une science bien délimitée, avec une direction de travaux déterminée, une classification générale, un enseignement presque officiel, il n'en est pas de même de la climatologie. Cette dernière n'est encore qu'un ensemble d'observation disséminées, prises sans direction méthodiquement formulée. La coordination de ces précieuses données est nécessaire pour former une science complète, avec ses règles, ses lois, ses moyens de progression ; et le Congrès de 1886, rapprochant les climatologues et les météorologues de tous les pays, sera l'occasion solennelle destinée à assurer ce résultat.

A la suite de cette exposition, les représentants des municipalités et des corps médicaux d'Arcachon, de Dax, de Bayonne, de Cambo, etc., etc., ont pris successivement la parole pour dire avec quelle sympathie est accueillie partout l'idée du Congrès, à laquelle chacun, mû par des sentiments patriotiques, demande à donner une marque d'approbation et de dévouement. Le bureau a annoncé, enfin, que des adhésions au Congrès sont arrivées d'Espagne, d'Italie, de Portugal, d'Angleterre, de Hollande, de Belgique, d'Autriche, de Russie, et même, en très grand nombre, des Etats-Unis et du Canada.

Laïcisation de l'hôpital Cochin.

Conformément aux décisions prises, les religieuses de cet hôpital ont été remplacées lundi dernier 21 décembre par des laïques.

Enseignement médical libre.

Cours d'accouchement. — M. le Dr STAPFER, chef de clinique, recommencera son cours le 1er janvier. Le cours a lieu à 4 heures. Sa durée est de un mois et de deux heures au moins chaque jour. Théorie, applications pratiques immédiates, examens cliniques, manœuvres. Chaque élève est exercé individuellement et le cours est complet pour chaque élève quel que soit le jour de son admission. S'adresser à la clinique 89, rue d'Assas, à M. le chef de clinique, matin ou soir.

Clinique médicale. — HOPITAL SAINT-LOUIS. — Service de M. Ernest BESNIER Ordre des travaux à partir du 25 décembre 1885 : lundi, visite générale ; mardi, opérations dermatologiques, Lupus, Acnés, etc. ; mercredi, teignes, hermatophyties, alopécies ; jeudi, visite générale ; vendredi, consultation externe ; samedi, examen clinique des entrants.

NOUVELLES

CONCOURS DE L'INTERNAT DES HOPITAUX. — Les épreuves orales ont commencé samedi dernier. Les questions données jusqu'ici sont : *Articulation du coude ; Symptômes et diagnostic de la luxation du coude en arrière ; Nerfs de la main ; étiologie et symptomes du tétanos.*

FACULTÉ DES SCIENCES DE MONTPELLIER. — M. BRINGUIER, préparateur de physique à la Faculté des sciences de Montpellier, est nommé chef des exercices pratiques de chimie à ladite Faculté en remplacement de M. Anat.

ECOLE PRÉPARATOIRE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE RENNES. — Un concours s'ouvrira, le 17 juin 1886, devant l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, pour un emploi de suppléant

des chaires de physique et de chimie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Rennes. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE RENNES. — Par arrêté en date du 18 décembre 1885, un concours pour l'emploi de chef des travaux anatomiques et physiologiques à l'école préparatoire de médecine de Rennes, s'ouvrira le 25 juin 1886, à ladite Ecole. — Par arrêté du 15 décembre 1885, un concours s'ouvrira le 17 juin 1886 devant l'école supérieure de pharmacie de Paris pour un emploi de suppléant des chaires de physique et de chimie à l'école préparatoire de médecine de Rennes.

ASSISTANCE PUBLIQUE. — *Conseil de surveillance.* Par décret en date du 12 décembre 1885, sont nommés membres du Conseil de surveillance de l'administration générale de l'Assistance publique: MM. Voisin, conseiller à la cour de cassation ; le docteur Nicaise, chirurgien des hôpitaux de Paris ; Ferry, maire du IXe arrondissement ; Thomas, maire du XIIIe arrondissement ; le Dr Bouchardat, administrateur du bureau de bienfaisance du IVe arrondissement, et le Dr Dubrisay, membre pris en dehors de toute catégorie.

ASSISTANCE PUBLIQUE. — *Stage hospitalier.* — Il est institué une Commission chargée d'établir l'organisation des conditions du stage hospitalier exigé des aspirants au doctorat en médecine et de proposer un règlement général réorganisant ce service.

Sont nommés membres de cette Commission : MM. Gavarret, inspecteur général de l'enseignement supérieur pour l'ordre de la médecine, professeur à la Faculté de médecine, président ; Peyron, directeur de l'administration générale de l'Assistance publique, vice-président ; MM. Béclard, doyen de la Faculté de médecine ; Besnier, médecin de l'hôpital de Lariboisière ; Charcot, professeur à la Faculté de médecine ; Gallard, médecin de l'Hôtel-Dieu ; Jaccoud, professeur à la Faculté de médecine ; Labbé (Léon), chirurgien de l'hôpital Beaujon ; Le Fort, professeur à la Faculté de médecine ; Tillaux, chirurgien à l'Hôtel-Dieu.

NOUVEAUX JOURNAUX. — Nous recevons le premier numéro des *Archives d'hydrologie*, revue des eaux minérales d'Auvergne, publiée par le Dr de Bourgade de la Dardye, et un certain nombre de médecins attachés aux principales stations d'eaux minérales du centre de la France.

RÉCOMPENSES. — *Vaccination.* Sur la proposition de l'Académie de médecine, le ministre du commerce vient, par arrêté du 26 novembre, de décerner les récompenses ci-après désignées aux personnes qui ont été signalées comme ayant fait le plus de vaccinations et ayant le plus contribué à la propagation de la vaccine en France pendant l'année 1884. Le *Prix* de la valeur de 1,500 francs, sera partagé entre : Mlle Bauduin, sage-femme à Vannes (Morbihan); M. Besnier (Jules), docteur en médecine à Paris (IXe arrondissement); M. Vaillard, médecin-major de 2e classe, professeur agrégé à l'école militaire de santé du Val-de-Grace, à Paris. — *Médailles d'or.* — M. Bassompierre, médecin-major de 2e classe au 28e régiment de ligne à Evreux (Eure) ; M. Carivenc, médecin-major de 2e classe au 22e régiment de chasseurs à pied à Morlaix (Finistère) ; M. Millet (L.-J.), médecin-major de 1re classe au 36e régiment d'infanterie à Caen (Calvados) ; M. Poggi (Ignace), instituteur à Ersa (Corse). — *Médailles d'argent.* M. Accolas, médecin-major de 1re classe au 124e régiment de ligne à Vincennes (Seine) ; Mme Achallé, sage-femme, au Poiré-sur-Vie (Vendée) ; M. Adhéran, docteur en médecine à Annonay (Ardèche) ; M. Albert, docteur en médecine à Toulouse (Haute-Garonne) ; Mme Arnaud, sage-femme à Saint-Ouen (Seine) ; M. Barbarin, docteur en médecine à Briançon (Hautes-Alpes) ; M. Bardy, docteur en médecine à Belfort ; M. Benoist, docteur en médecine à Saint-Nazaire (Loire-Inférieure) ; Mme Berthomieu, sage-femme à Vitry (Marne); Mme Bertrand (Justine), sage-femme à Lavaur (Tarn); Mme Bessière (Fany), sage-femme à Mende (Lozère) ; M. Blanc, docteur en médecine à Avignon (Vaucluse) ; M. Bodin, docteur en médecine à Saint-Donat (Drôme) ; M. Boisson fils, docteur en médecine à Lure (Haute-Saône) ; M. Boppe, médecin aide-major de 1re classe au 10e bataillon de chasseurs à pied à Epinal (Vosges) ; M. Borel, docteur en médecine à Chabeuil (Drôme) ; M. Breton, médecin-major de 1re classe au 80e régiment de ligne à Tulle (Corrèze) ; Mme Victorine Bulliod, mère, sage-femme à Mustapha (Algérie) ; M. Carpentier-Méricourt, docteur en médecine à Paris (Ier arrondissement) ; M. Cavaillé, docteur en médecine à La Capelle-Bleys (Aveyron); Mme Charazac, sage-femme à Beaulieu (Corrèze); Mme Charlon, sage-femme à Issoudun (Indre) ; Mme Charton, sage-femme à Avallon (Yonne) ; Mme Comel (Noëlie), sage-femme à Montflanquin (Lot-et-Garonne) ; Mme Corabeuf, sage-femme à Candé (Maine-et-Loire) ; Mme Cotrel-Decaux, sage-femme à Péronne (Somme) ; M. Courteneuve, docteur en médecine à Saint-Claud (Charente) ; Mme Dard, sage-femme à Troyes (Aube) ; M. Dastas, officier de santé à Sainte-Croix (Ariège) ; Mme Débéda, aide sage-femme à la Maternité à Paris ; M. Decroix, docteur en médecine à Watten (Nord) ; M. Descubes, docteur en médecine à Civray (Vienne) ; M. Dhoste, médecin du service de santé de la marine à Karikal (Inde) ; Mme Didier, sage-femme à Saint-Denis (Seine) ; Mme Dolignon, sage-femme à Saint-Quentin (Aisne) ; Mme Dreux, sage-femme à Mézières (Ardennes) ; Mme Dreyfus, sage-femme à Saint-Mandé (Seine) ; Mme Duclos, sage-femme à Marolles-les-Braults (Sarthe) ; M. Dugat, docteur en médecine à Orange (Vaucluse) ; Mme Faure, sage-femme à La Souterraine (Creuse) ; M. Féraud, docteur en médecine à Saint-Palais (Basses-Pyrénées) ; Mme Ferret, sage-femme à Bressuire (Deux-Sèvres) ; M. Fidel, docteur en médecine à Saint-Romain (Seine-Inférieure); Mme Folliot, sage-femme à Cherbourg (Manche) ; M. Franchet, docteur en médecine à Saint-Martin-en-Haut (Rhône) ; M. Frouin, docteur en médecine à Saint-Nicolas (Côtes-du-Nord) ; M. Garavel, docteur en médecine à Montreuil (Seine) ; M. Genoud, docteur en médecine à Thonon (Haute-Savoie) ; M. Gerbault, médecin-major de 2e classe au 18e régiment de chasseurs à Rambouillet (Seine-et-Oise) ; Mme Gobillot, sage-femme à Tarbes (Hautes-Pyrénées) ; M. Grinda (Jean-Baptiste), docteur en médecine à Nice (Alpes-Maritimes) ; M. Gros, docteur en médecine à Decize (Nièvre) ; M. Guinoiseau, docteur en médecine à Saint-Dizier (Haute-Marne) ; Mme veuve Henner, sage-femme à Mayenne (Mayenne); M. Herviaux, docteur en médecine à Maure (Ille-et-Vilaine) ; M. Johnston, officier de santé à Châteaulin (Finistère) ; Mme Joussin, sage-femme à Vergt (Dordogne) ; M. Laffite, officier de santé à Condom (Gers) ; M. Lagarde, docteur en médecine à Montauban (Tarn-et-Garonne) ; M. Lamarche, docteur en médecine à Dijon (Côte-d'Or) ; M. Lathoud, docteur en médecine à Yenne (Savoie); Mme Laudren, sage-femme à Lorient (Morbihan); Mme Lautassier, sage-femme à Mont-sous-Vaudrey (Jura) ; Mme Lavie, sage-femme à Souprosse (Landes) ; Mme Léger, sage-femme à Charost (Cher) ; M. Le Royer, docteur en médecine à Carrouges (Orne) ; M. de Lignerolles, docteur en médecine au Havre (Seine-Inférieure) ; M. Lorber (Émile), docteur en médecine à Fesches (Doubs) ; Mme Marion, sage-femme à Arnould (Vosges) ; M. Martin, docteur en médecine à Quimperlé (Finistère) ; M. Massina, officier de santé au Boulou (Pyrénées Orientales) ; M. Ménard, docteur en médecine à Feurs (Loire); M. Miffre, docteur en médecine à Payrac (Lot) ; Mlle Morin, sage-femme à Verdun (Meuse); Mme Naudin, jeune, sage-femme à Fontainebleau (Seine-et-Marne); M. Passano, docteur en médecine à Bourg d'Oisans (Isère) ; Mme Pelcat, sage-femme à Pont-Audemer (Eure) ; Mme Pélissier, maîtresse sage-femme à la Maternité de Nîmes (Gard) ; M. Perrimond, docteur en médecine à Montaurouse (Var) ; M. Piettre, docteur en médecine à Saint-Maur (Seine) ; M. Pillard, docteur en médecine à Cuiseaux (Saône-et-Loire) ; Mme Ploquin, sage-femme à Saint-Maure (Indre-et-Loire) ; M. Plumeau (A.), adjoint au maire de Bordeaux (Gironde) ; M. Pouzol (Théodore), docteur en médecine à Monistrol-sur-Loire (Haute-Loire) ; M. Radou, docteur en médecine à Paris (IIe arrondissement) ; Mme Rignault, sage-femme à Blois (Loir et-Cher) ; Mme Rossi, à Ajaccio (Corse); Mlle Rousseau, sage-femme à Châteauneuf-sur-Loire (Loiret) ; M. Ruelle, docteur en médecine à Paris (XIXe arrondissement); M. Sahut (Amable), docteur en médecine à Gannat (Allier) ; M. Sapin, docteur en médecine à Poule (Rhône) ; M. Saulgeot, docteur en médecine à Beaume (Côte-d'Or) ; M. Sesselman, à Ogéville (Meurthe-et-Moselle); Mme Taptout, sage-femme à Aixe-sur-Vienne (Haute-Vienne) ; M. Tixier, docteur en médecine à Liancourt (Oise) ; Mme Uzols, sage-femme à Aurillac (Cantal) ; M. Vaillant, officier de santé à Méaulte (Somme) ; M. Velten, docteur en médecine à Versailles (Seine-et-Oise) ; M. Villebrun, docteur en médecine à Capestang (Hérault) ; M. de Welling, docteur en médecine à Rouen (Seine-Inférieure).

BOURSES DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE. — Sont nommés pour un an, à dater du 1er novembre 1885, boursiers près les Facultés de médecine et les Facultés mixtes de médecine et de pharmacie ci-après désignés, les candidats au doctorat de médecine dont les noms suivent :

Faculté de Paris. — Elèves ayant *quatre inscriptions :* MM. Kortz (Henri-Marie-Félix) né à Besançon (Doubs), le 4 décembre 1864, demi-bourse ; Pascaret (Pierre) né à Louzun (Lot-et-Garonne), le 26 octobre 1865, demi-bourse. — Elèves ayant *huit inscriptions :* MM. Bernard (Jean-Gustave) né à Vimoutiers (Orne), le 6 avril 1864, bourse entière ; Labruhe (Nicolas-Maurice), né à Léguillac-de-Lauche (Dordogne), le 12 janvier 1857, bourse entière; Millard (Pierre Joseph), né à Sens (Yonne), le 22 août 1865, bourse entière ; Sallé (Louis-Clément), né à Neuvy-sur-Loire, (Nièvre), le 22 novembre 1863, bourse entière. — Elèves ayant *douze inscriptions :* MM. Sérieux (Paul-Raimond), né au Havre (Seine-Inférieure), le 2 juillet 1864, bourse entière ; Tissier (Paul-Louis-Alexandre), né à Parpeçay (Indre), le 17 mars 1863; bourse entière. — Elèves ayant *seize inscriptions :* MM. Baudouin (Edmond-Félix-Marcelin), né à Croix-sur-Vic (Vendée), le

15 novembre 1860, bourse entère ; Chevallier (Joseph-Joachim-Edgard), né à Chivry-Ourignave (Oise), le 23 octobre 1863, bourse entière; Couder (Louis), né à Nontron (Dordogne,) le 17 août 1862, bourse entière. Crivelli (Marcel-Urbain), né à Saint-Denis (Ile de la Réunion), le 24 septembre 1859, bourse entière ; Démelin (Lucien-Alfred-Alexandre), né à Amiens (Somme), le 17 février 1861, bourse entière ; M. Doret (Marie-Vincent-Louis-Auguste), né à Arthenay (Loiret), le 24 août 1859, demi-bourse; Legry (Théophile-Jules), né à Paris, le 8 février 1863, bourse entière; Lenoir (Paul-Louis), né à Paris le 8 février 1863, bourse entière. Thomas (Octave-Théodore), né au Havre (Seine-Inférieure), le 30 juin 1861, bourse entière ; Vignalou Pérer (Jacques-Joseph-Alphonse), né à Bielle (Basses-Pyrénées), le 17 décembre 1859, bourse entière.

Faculté de Bordeaux. — Elève ayant *huit inscriptions* : M. Faivre (Paul-Eugène-Emile), né à Pouranges (Vendée), le 10 septembre 1864, bourse entière.

Elèves ayant douze inscriptions : MM. Boudry (Jules), né à Louzac (Corrèze), le 2 octobre 1863, demi-bourse; Daraignez (Bernard-Joseph-Ernest), né à Hagetmau (Landes), le 7 décembre 1864, bourse entière. Elève ayant *seize inscriptions* : M. Natier (Marcel-Etienne), né à Courcoury (Charente-Inférieure), le 17 avril 1860, bourse entière.

Faculté de Lille. — Elève ayant *douze inscriptions* : M. Swynghedauw (Albert-Louis), né à Loon (Nord), le 10 septembre 1862, demi-bourse.

Faculté de Lyon. — MM. Barbier (Jean-Claude), né à Heyrieu (Isère), le 30 juin 1865, bourse entière ; Chapotot (Joseph-Charles-Eugène), né à Bourg (Ain), le 26 septembre 1861 demi-bourse. — Elèves ayant *douze inscriptions* : MM. Bret (Joseph-Marie), né à Lyon (Rhône), le 24 octobre 1862, bourse entière : Lacroix (Fleury-Pierre-Eugène), né à Mâcon (Saône-et-Loire), le 27 novembre 1864, bourse entière.

Faculté de Montpellier — Elèves ayant *huit inscriptions* : MM. Arnavielhe (Joseph-Marius-Polydore), né à Aniane (Hérault), le 10 février 1866, bourse entière ; Claoué (Raymond-Charles), né à Saint-Girons le 11 mars 1864, demi-bourse ; Coste (Napoléon-François-Thomas), né à Lamanère (Pyrénées-Orientales), le 26 juillet 1862, demi-bourse. — Elève ayant *douze inscriptions* : Gutbert (Hermann-Ludovic), né à Lavinière (Hérault), le 16 février 1863, demi-bourse.

Faculté de Nancy — Elève ayant *quatre inscriptions* : M. Legrain (Léonce-Charles-Emile), né à Avenay (Marne), le 31 mars 1865, demi-bourse.

Sont nommés pour un an, à dater du 1er novembre 1885, boursiers pour les Ecoles supérieures de pharmacie et les Facultés mixtes de médecine et de pharmacie ci-après désignés, les candidats au grade de pharmacien de 1re classe dont les noms suivent :

Ecole supérieure de pharmacie de Paris. — Elèves ayant *quatre inscriptions* : MM. Dumont (Georges): né à Vailly (Aisne), le 15 mai 1863, bourse entière ; Lefèure (Camille-Victor), né à Château-Thierry (Aisne), le 7 mai 1864, bourse entière ; Martinet (Louis-Adolphe-Fernand), né à Vierzon (Cher), le 14 février 1862, bourse entière. — Elèves ayant *huit inscriptions* : M. Bréville (Raymond-Louis-Joseph), né à Dreux (Eure-et-Loir), le 1er décembre 1862, bourse entière ; Cousin (Henri-Charles), né à Chaumont (Haute-Marne), le 5 juin 1863, bourse entière ; Elèves ayant *douze inscriptions* : MM. Babin (Louis-Jules-Désiré), né à Terronnièae (Deux-Sèvres), le 25 juin 1861, bourse entière ; Choar (Pierre-François-Eugène), né à Allandhuy-Saussenil (Ardennes), le 12 mars 1861, bourse entière ; Fleury (Emile-Louis-Joseph), né à Versailles (Seine-et-Oise), le 16 avril 1861, bourse entière.

Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux. — Elève ayant *quatre inscriptions* : M. Beille (Guillaume-Lucien), né à Aurillac (Cantal), le 13 décembre 1862, bourse entière. — Elève ayant *huit inscriptions* : Deveaux (Henri-Edgard), né à Etaules (Charente-Inférieure), le 6 juillet 1862, bourse entière.

Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille. — Elève ayant *quatre inscriptions* ; M. Baelen (Jérémie-Louis-Joseph), né à Sainte-Marie-Cappel (Nord), le 11 février 1862, bourse entière.

Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon. — Elève ayant *huit inscriptions*. M. Banal (Marius), né à Montpellier (Hérault), le 26 juin 1862, bourse entière.

Ecole supérieure de pharmacie de Montpellier. — Elève ayant douze inscriptions, M. Gautrand (Constant-Théophile), né à Capestang (Hérault), le 5 novembre 1860, bourse entière.

Ecole pratique des Hautes-Etudes. — M. Bouty, professeur à la Faculté des sciences de Paris, est nommé membre de la Commission de patronage de la 2e section de l'Ecole pratique des Hautes Etudes en remplacement de M. Desains, décédé ; M. Troost, professeur à la Faculté des sciences de Paris, est nommé membre de la Commission de patronage de la 2e section de l'Ecole pratique des Hautes-Etudes, en remplacement de M. Wurtz, décédé ; M. Tannery, sous-directeur de la section des sciences à l'Ecole normale supérieure, est nommé membre de la Commission de patronage de la 1re section de l'Ecole pratique des Hautes-Etudes en remplacement de M. Bouquet, décédé; M. Lacaze-Duthiers, membre de l'Institut, professeur à la Faculté des sciences de Paris, est nommés membre de la Commission de patronage de la 3e section de l'Ecole pratique des Hautes-Etudes, en remplacement de M. Henri Milne-Edwards, décédé ; M. Hébert, membre de l'Institut, professeur à la Faculté des sciences de Paris, membre de la commission de patronage de la 3e section de l'Ecole pratique des Hautes-Etudes, est nommé président de cette commission, en remplacement de M. Henri Milne-Edwards, décédé ; M. Hermite, membre de l'Institut, professeur à la Faculté des sciences de Paris, membre de la Commission de patronage de la 1re section de l'Ecole pratique des Hautes-Etudes, est nommé président de cette commission, en remplacement de M. Bouquet, décédé; M. Bouty (Edouard-Marie-Léopold), professeur de physique à la Faculté des sciences de Paris, est nommé directeur du laboratoire de physique, près ladite Faculté, 2e section de l'Ecole pratique des Hautes-Etudes, en remplacement de M. Desains, décédé ; M. Hautefeuille (Paul-Gabriel), professeur de minéralogie à la Faculté des sciences de Paris, est nommé directeur du laboratoire de minéralogie près ladite Faculté, 2e section de l'Ecole pratique des Hautes-Etudes, en remplacement de M. Friedel, appelé à d'autres fonctions ; M. Perrey, préparateur de minéralogie à la Faculté des sciences de Paris, est nommé sous-directeur du laboratoire de minéralogie près ladite Faculté, 2e section de l'Ecole pratique des Hautes-Etudes ; M. Friedel (Charles), professeur de chimie organique à la Faculté des sciences de Paris, est nommé directeur du laboratoire de chimie organique près cette Faculté, 2e section de l'Ecole pratique des Hautes-Etudes.

Nécrologie. — M. le Dr Armieux, médecin principal de 1re classe en retraite, mort à Toulouse, le 8 décembre dernier. — M. G. Spilvache, étudiant en médecine de l'université de Bruxelles. — Le Dr Beniamino dei Cinti Carensi Galezi (Turin). — M. le Dr Bayonne (de Gimont). — M. le Dr Hurel (de Gaillon). — Le Dr Damoiseau (d'Alençon) ancien interne des hôpitaux, auteur d'un mémoire sur la pleurésie dans lequel il a décrit la *Courbe* qui porte son nom. — M. le professeur Michele Del Monte, ophthalmologiste, décédé à Naples à l'âge de 47 ans.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Renseignements bibliographiques sur la laïcisation de l'Assistance publique.

BOURNEVILLE. **Écoles municipales des infirmières laïques; laïcisation de l'Assistance publique.** (Discours prononcés en 1880, 1881, 1882, 1883). Quatre brochures in-8°. — Prix de chacune de ces brochures : 50 c.— Pour nos abonnés . . . . . 30 c.

BOURNEVILLE. **Laïcisation de l'assistance publique.** Conférence faite à l'Association philotechnique le 26 décembre 1880. Brochure in-8° de 23 pages. — Prix 75 cent. — Pour nos abonnés. . . . . 50 c.

BOURNEVILLE. **Écoles municipales des infirmières laïques; laïcisation de l'Assistance publique.** (Discours prononcés en 1884 et 1885). Deux brochures in-8. — Prix de chacune de ces brochures, 75 c Pour nos abonnés. . . . . 50 c.

ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE.—*Programmes* de l'enseignement dans les écoles municipales d'infirmières et *Palmarès* pendant les années scolaires 1878-79, 79-80, 80-81, 81-82, 82-83, 83-84, six brochures in-8.

Manuel de la garde-malade et de l'infirmière, publié sous la direction du Dr Bourneville, par MM. Blondeau, de Boyer, Ed. Brissaud, H. Duret, G. Maunoury, Monod, Poirier, P. Regnard, Sevestre et P. Yvon, rédacteurs du *Progrès medical*. — Ouvrage formant trois volumes in-16. — 1er volume : *Anatomie et Physiologie*, 180 pages, 8 figures. Prix : 2 fr. — 2e volume : *Pansements*, 316 pages, 60 gravures. Prix : 3 fr. 50. — 3e volume. *Administration des Médicaments*, 160 pages. Prix : 2 fr. — Pour nos abonnés, l'ouvrage complet (2e édit.), broché, prix . . . . . 5 fr.

Nous avons fait faire un élégant cartonnage anglais pour chacun des trois volumes du Manuel. — Prix par volume 75 c., l'ouvrage complet . . 2 fr.

13e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. II. N° 53 BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 31 DÉCEMBRE 1885.

Le Progrès Médical

CLINIQUE NERVEUSE

Hystéro-épilepsie (?) ; instabilité mentale avec perversion des instincts ; impulsions ;

Par Bourneville et Leflaive.

Sommaire. — *Père, peintre en bâtiments; saturnin, alcoolique, aliéné ; mort d'urémie. — Grand-père paternel, excès de boisson. — Grand'mère paternelle morte d'une congestion cérébrale. — Grand'tante paternelle suicidée. — Mère, convulsions dans l'enfance. — Grand-père maternel alcoolique. — Tante maternelle hémiplégique. — Sœur, convulsions.*

Conception durant l'aliénation du père. Grossesse accidentée par des émotions; perte de connaissance. — Premières convulsions à 2 ans et demi. — Cauchemars. — Fugues solitaires et fréquentes. — Arrestations pour vagabondage. — Apprentissages multiples. — Première condamnation pour vagabondage et maraude. — Seconde condamnation (décembre 1879). — *Admissions successives dans divers hôpitaux. — Simulation. — De 13 à 16 ans, syncopes. — Début des attaques en juillet* 1880 (17 *ans*). — *État de mal hystérique. — Contusions. — Admission à la Pitié : nouvelles attaques. — Envoi à Sainte-Anne. — Etat du malade à l'entrée à Bicêtre. — Hémianesthésie incomplète à droite. — Influence de l'aimant. — Hypospadias. — — Onanisme rare. — Accusation de simulation ; aveux. — Tentative de suicide. — Tentative d'évasion. — Amélioration. — Exeat. — Conduite régulière :* 5 *mars-août* 1881. — *Fugue subite. — Arrestation au Havre pour vol d'un pain. — Condamnation à la prison. — Peine subie à la prison de Gaillon : incidents durant son séjour. Retour à Paris; conduite régulière du* 16 *mars au* 20 *octobre. — Nouvelle fuite; vagabondage; vol en commun; arrestation : condamnation à* 8 *ans de prison et* 10 *ans de surveillance. — Confirmation en appel. — Intervention auprès du Président de la République et du ministre de la justice : insuccès complet. — Tuberculose pulmonaire. — Mort.*

Le nommé Brig... Albert, âgé de 17 ans, est entré à Bicêtre le 1er septembre 1880 (service de M. Bourneville).

Renseignements fournis par sa mère (15 nov. 1880). *Père*, peintre en bâtiments, n'aurait jamais eu de coliques de plomb, ni de paralysie, bien qu'une note de M. Magnan, à Sainte-Anne, constate qu'il présentait les signes de l'*intoxication saturnine*. Sa femme en parle comme d'un homme très rangé « de conduite », ne faisant pas d'excès alcooliques, fumant modérément, et tellement régulier qu'il serait resté 37 ans chez le même patron. Il était sujet à des *colères* très fortes, mais toujours motivées; il n'aurait jamais été malade avant 1869, où il fut admis à Cochin « déraisonnant déjà » puis transféré à Sainte-Anne en 1870. Rendu à sa famille au bout de six mois, il est mort à Necker en 1875, d'*accidents urémiques*, à l'âge de 53 ans. De ce côté, on ne nous signale comme accidents nerveux que de l'insensibilité du côté gauche, à plusieurs reprises (voir plus loin). Son fils au contraire nous le représente comme ayant eu des *coliques de plomb* et étant sujet à des attaques de nerfs. Il raconte même avoir assisté à plusieurs de ces crises qui auraient consisté en grandes convulsions toniques et cloniques, avec congestion de la face et agitation violente; après un certain temps de calme relatif, l'attaque reprenait et ainsi de suite pendant plusieurs jours; à la suite de ces crises, ajoute-t-il, il persistait une exaltation durant plusieurs mois et pour laquelle on l'a fait entrer à Sainte-Anne. Il y aurait été à trois reprises et environ 8 à 10 mois chaque fois. Enfin, M. Magnan a bien voulu nous envoyer des renseignements desquels il résulte qu'admis à Sainte-Anne le 4 février 1870, cet homme était *alcoolique*, que ses facultés intellectuelles avaient notablement baissé, qu'il était en proie à des poussées de *délire alcoolique*, à des *hallucinations* et à des *idées mélancoliques*. Le 25 juin 1870, au bout de 5 mois de traitement, il fut rendu très amélioré à sa femme. [*Père*, mort à 83 ans de la *pierre?* peintre en bâtiments, aurait fait quelques *excès de boisson*. D'après les dires de notre malade à la fin de sa vie, il s'enfermait chez lui, croyant qu'on voulait le tuer. — *Mère*, morte probablement d'une *congestion cérébrale*, était lingère, sobre, aurait eu quelquefois des moments d'absence dans les dernières années de sa vie. Rien de plus à signaler du côté paternel de notre malade, sinon le *suicide* d'une sœur de son grand-père].

Mère, 48 ans (en 1880), coloriste, bien portante, n'a présenté comme accident nerveux que des *convulsions* dans l'enfance; sa tenue est convenable; elle a une intelligence ordinaire. [*Père*, alcoolique, mort du choléra en 1849. — *Mère*, non nerveuse, morte à 51 ans d'une fluxion de poitrine. — Une *sœur, paralysée* du côté droit depuis l'âge de 30 ans, est morte à la Salpêtrière en 1883. Pas d'aliénés, etc.] — *Pas de consanguinité*.

Notre malade a eu un *frère* et trois *sœurs*, dont une seule a présenté des *convulsions* (morte à 6 mois); une autre est morte à 3 ans du croup. Les autres sont bien conformés et bien portants.

Deux mois *avant la conception* de notre malade, son père avait eu la tête un peu dérangée pendant quinze jours: il ne travaillait pas, ne dormait pas, parlait sans cesse et avait des idées absurdes. Pendant la *grossesse*, la mère eut des chagrins causés par plusieurs *accès de folie* de son mari, qui, sous l'influence de son délire, voulait se jeter par la fenêtre. Vers le 4e mois, pendant la nuit, un accès de ce genre lui causa une telle peur *qu'elle perdit connaissance* pendant trois heures. L'*accouchement* se fit à terme et fut naturel. L'enfant, qui ne présentait rien d'anormal à *la naissance*, fut élevé au sein par sa mère pendant deux mois, puis par une nourrice jusqu'à 14 mois. A ce moment, il commençait à parler, était propre, mais n'a marché qu'à 18 mois.

Envoyé à l'asile à 3 ans, puis à l'école, il y resta jusqu'à près de 13 ans; il apprenait assez bien et ne causait guère de désagréments à sa famille. — A 2 ans 1/2, il eut des *convulsions* pendant 10 à 15 minutes, avec agitation des membres sans prédominance d'aucun côté. A quatre ans, il eut la rougeole, puis une légère varioloïde et enfin, vers 5 ans, la scarlatine.

Très impressionnable, *colère*, il était, dès ses premières années, sujet à des *peurs*, à des *visions* la nuit. Ces cauchemars, ces terreurs nocturnes, qui lui faisaient pousser des cris, ont duré jusqu'à l'âge de 13 ans. Mis alors en apprentissage comme régleur, il n'y est resté que 2 mois, nous dit sa mère; comme il s'ennuyait elle le fit travailler avec elle. A la maison il était tranquille, mais de temps en temps, presque toutes les semaines, *il se sauvait de chez lui*; toute la journée il restait dehors, ne rentrant que dans la nuit, sans avoir mangé; « il dévorait en rentrant. » Il paraît que pendant longtemps, dans ces fugues, il évitait

tout le monde ; à maintes reprises, des voisins l'ont trouvé seul auprès des fortifications. Trois fois il aurait été arrêté comme *vagabond* et rendu à sa mère.

Suivant la version de notre malade, au sortir de l'école, il fut condamné pour vagabondage à 2 mois de prison subis à la Petite Roquette. Mis en apprentissage chez un *peintre*, il n'y resta que peu de temps et fut successivement employé comme *régleur*, pendant un an, puis comme *tireur de feuilles* pendant quelques mois. Vers la fin de janvier 1879, il alla en compagnie de quelques enfants de son âge, vagabonder et marauder aux environs de Paris; il fut pour cela condamné à 6 jours de prison. D'après une lettre qu'il écrivit à M. Macé dans les premiers temps de son séjour à Bicêtre, les jeunes gens qu'il fréquentait alors, étaient des maraudeurs qui dévalisaient Clamart et Vanves, et qui joignaient à cette industrie la fabrication de fausse-monnaie (?)

Nous n'avons guère de renseignements sur ce qu'il fit en sortant de prison. D'après ce qu'il écrit à M. Macé, il semble avoir continué à fréquenter ce qui restait de la bande des faux-monnayeurs de Clamart. Il nous raconte qu'enfin, le 19 août 1879, il était allé avec trois amis dévaliser un jardin qu'ils croyaient inhabité. Signalés par des ouvriers qui leur jetèrent des pierres, poursuivis par le gérant de la maison, ses camarades se sauvèrent, mais lui fut pris et conduit à Mazas. Là, il tenta de se suicider (?) et pour ce fait, fut mis en cellule double. Après avoir dénoncé toute la bande, il fut jugé le 15 octobre et condamné à 6 mois de prison, qu'il fit à la Santé (6 décembre 1879-6 juin 1880).

Les renseignements qu'il donne sur ce qui se passa à sa sortie de prison sont peu précis. Les dénonciations qu'il avait faites, ainsi que sa mère, et qui avaient été suivies de condamnations, lui ayant attiré la haine de ses anciens amis, il ne paraît pas avoir repris sa vie de maraudeur et de vagabond. Ses anciens camarades, pour s'en venger, venaient la nuit, en bande de 8 ou 10, devant la maison qu'il habitait, criant: Brig...!, Brig...!, l'injuriant. Parfois ils suivaient sa sœur et la menaçaient. C'est pour ces raisons que sa mère changea de domicile. Durant quelques mois, B... se fit successivement admettre dans plusieurs hôpitaux pour des motifs variables. De ses récits discordants, on peut conclure qu'au commencement de 1880, il entra à Laënnec où, dit-il, il fit semblant de tomber. Il dit également avoir été soigné par M. Bernutz, à la Charité, pour un rhume, avoir passé les mois d'avril et mai 1880 à l'Hôtel-Dieu, chez M. Sée, pour de l'anémie et une fissure à l'anus (dilatation brusque) ; enfin, au commencement du mois d'août, il entra chez M. Dumontpallier à la Pitié. Comme il troublait le repos des autres malades, par ses attaques, M. Dumontpallier le fit conduire à Sainte-Anne, d'où il fut dirigé sur Bicêtre le 1er septembre 1880.

D'après ses dires, qui, du reste, coïncident avec les renseignements donnés par sa mère, la maladie nerveuse qui l'a fait entrer dans cet hospice, aurait débuté en juillet 1880. Notons cependant que depuis l'âge de 13 ans, il aurait eu de temps en temps, cinq fois par an environ, des *syncopes*. Dans les premiers jours de juillet, il avait eu une dispute avec des camarades et était tombé à l'eau ; de là une grande émotion, mais sans accidents immédiats. Huit jours après, il se promenait avec sa mère, quand tout à coup il eut une sensation de froid au niveau du front, s'irradiant dans tout le corps jusqu'aux pieds ; en même temps, il sentit comme une petite boule qui lui remontait de l'épigastre au cou et produisait là une sorte de constriction. Il eut à peine le temps de dire à sa mère qu'il se trouvait indisposé ; puis, subitement, il tomba à terre et fut pris de *convulsions* qui durèrent une heure et un quart. Deux heures après la première attaque, en survint une seconde, puis une troisième. De nouvelles attaques se produisirent ainsi pendant trois jours, ne présentant entre elles que des intermittences très courtes. On avait dû disposer des matelas à terre et son corps était couvert de bleus et d'égratignures. Cet *état de mal hystérique* ne cessa que sous l'influence d'inhalations de bromure ou d'iodure d'éthyle (?). Les attaques ne tardèrent pas à reparaître, et c'est alors que Brig... entra à la Pitié, chez M. Dumontpallier. Là, il aurait encore eu de nouvelles attaques. C'est à cause des inconvénients résultant, pour les autres malades, de ses attaques, que M. Dumontpallier se décida à l'envoyer à l'Asile clinique (Sainte-Anne).

Etat actuel (5 septembre 1880). *Tête* régulière ; front assez élevé, droit ; visage symétrique ; oreilles à peine ourlées, lobule adhérent.

Circonférence horizontale du crâne.	54 cent. 1/2
D'un tragus à l'autre par le front.	28
D'une oreille à l'autre par l'obélion.	30 — 1/2
De la racine du nez à la protubérance occipitale externe.	34
Diamètre antéro-postérieur.	18 — 1/2
id. bi-pariétal	15

Rien à signaler d'anormal du côté des appareils circulatoire, respiratoire et digestif : la voûte palatine est symétrique, étroite et assez profonde. La *verge* est bien conformée, mais il y a un *hypospadias* complet. Les testicules sont descendus et peu volumineux. Au dire du malade, il arriverait que lorsqu'il reçoit un choc sur le testicule droit, celui-ci remonte jusqu'au milieu de l'aine et la bourse correspondante gonfle considérablement. Il a déjà eu des rapports sexuels, il avoue se livrer à l'onanisme, mais rarement. Peau basanée, cheveux châtain foncé.

Système nerveux. L'intelligence paraît assez développée ; le malade répond sans hésitation à toutes les questions qu'on lui pose. Il lit et écrit bien, connaît les quatre opérations de l'arithmétique, a bonne mémoire. Il aime à écrire des lettres. En ce moment, il est en correspondance avec la police de sûreté, et il lui dénonce par lettres ce qu'il prétend savoir sur les bandes de faux-monnayeurs de Clamart, qu'il a fréquentés avant sa condamnation ; il lui fait part des confidences qu'il dit avoir reçues à Mazas d'un détenu nommé Kirail, qui avait appartenu à la bande Abadie. Dans une lettre ultérieure (12 octobre), il se plaint de n'avoir reçu aucune gratification au sujet de ces dénonciations et rappelle les services du même genre qu'il aurait déjà rendus à la police de sûreté.

Sensibilité générale. Il y a une diminution notable de la sensibilité du côté droit, surtout en avant ; néanmoins l'anesthésie n'est pas absolue sur le tronc et le malade sent les excitations un peu fortes. Cet état existe encore plus marqué aux membres et notamment au membre supérieur ; au niveau du bras droit, *les plus forts pincements ne sont pas perçus*. Le testicule droit est insensible à la pression.

Sensibilité spéciale. La plupart des couleurs sont bien perçues et il n'y a guère que des différences de nuance d'un œil à l'autre. La vision à distance s'effectue assez bien des deux yeux ; elle est cependant moins nette à droite ; cet affaiblissement de la vue à droite date d'environ un an, nous dit le malade. Le *côté droit de la langue* est insensible aux substances sapides et aux piqûres. L'ouïe est moins bonne à droite ; le bruit de la montre est cependant perçu de ce côté à une distance de dix centimètres. L'odorat est obtus du même côté seulement.

Zones hystérogènes. Pas de clou, mais douleur constrictive au niveau du front au moment où il va avoir son attaque. Au-dessous des fausses côtes de chaque côté, points grands comme une pièce de cinq francs où la pression produit une sensation de chatouillement intense, que le malade compare à la sensation causée par le chatouillement de la plante du pied et qui lui répond dans la tête. Plus bas, au niveau de la fosse iliaque droite, autre point grand comme une pièce de cinq francs, où la pression, même légère, donne la sensation d'un poids considérable et répond dans la tête en donnant au malade une sensation particulière. Bien que cette zone existe du côté de l'hémianesthésie, la sensibilité cutanée est conservée à ce niveau. Au-dessous des côtes, au niveau des carrés lombaires, de chaque côté, existe encore une région large comme la

moitié de la paume de la main, et où la pression produit une sensation de chatouillement toute spéciale qui, selon l'expression du malade, « le retourne tout entier. » La pression sur les apophyses épineuses et dans les gouttières, ne réveille aucun point spécial. Ces points ne sont pas du reste de véritables zones hystérogènes, mais plutôt des régions où la pression cause une sensation particulière de chatouillement exagéré.

24 *septembre*. Un *aimant* est appliqué sur la partie externe de la cuisse droite à 1 h. 17 du soir ; la sensibilité, préalablement explorée, est très obtuse de ce côté ; les plus forts pincements ne sont pas perçus sur la région externe du membre, ni au pied. Au tronc, la sensibilité est très obtuse, mais incomplètement abolie. A 1 h. 28, sensation de grande pesanteur et de fatigue dans le membre inférieur droit. A 1 h. 30, fourmillements aux extrémités des orteils ; la sensibilité est revenue aux environs des pôles de l'aimant et un peu à la partie la plus externe du membre inférieur ; mais la face interne est encore absolument insensible ; le membre inférieur gauche est très sensible. Le bras droit commence à être sensible. A 1 h. 31, oscillation. La zone qui entoure le point d'application de l'aimant perd la sensibilité qu'elle avait acquise, mais le reste du membre devient sensible ; sensation de tiraillement audessus du genou. A 1 h. 42, la sensibilité reparaît vers les pôles de l'aimant ; elle diminue un peu dans la région correspondante de la cuisse gauche ; la pesanteur dans le membre droit persiste, surtout vers le genou. A 1 h. 45, la sensibilité existe dans tout le côté droit, sauf aux doigts de la main, et sur le côté droit de la muqueuse buccale. Le tiraillement des poils n'est pas perçu au niveau de la cuisse droite. L'état des yeux n'a pas changé ; c'est toujours le droit qui est le moins bon ; la vue est brouillée de ce côté.

L'état ainsi obtenu a persisté jusqu'au 7 octobre, et pendant toute cette période, le malade n'a pas eu d'attaques. Elles ont reparu avec l'hemianesthésie, qui est complète à la date du 15 octobre. (Les recherches relatives à la sensibilité, ont été faites avec les plus grandes précautions).

4 *novembre*. Deux lettres anonymes de ses compagnons l'accusent d'être un simulateur. Lui-même écrit à M. Bourneville qu'il a simulé des attaques et de l'hémianesthésie à Laënnec pour passer l'hiver à l'hôpital; qu'il a fait semblant de tomber à la Pitié et qu'il a continué ce rôle pour venir à Bicêtre. La *sensibilité* est en grande partie revenue à droite ; la douleur à la pression sur les zones hystérogènes est très diminuée.

8 *décembre*. Depuis quelque temps, Brig... est employé dans l'après-midi à la buanderie. Hier vers 3 ou 4 heures on l'a trouvé au fond de la cour de l'étendage, pendu à un treillage haut de 1 m. 60; ses pieds traînaient par terre. On s'est aperçu de suite de cette tentative de suicide, et on l'a détaché. Pas de modification de la face ; la constriction ne paraissait pas avoir été très forte ; ses pieds, d'ailleurs, touchaient le sol. On l'a ramené sur un brancard ; mais du lieu de la tentative au brancard, il a fait cinq ou six pas, les yeux ouverts et ayant sa connaissance. On l'a monté à l'infirmerie, on l'a couché ; il grelottait de froid. Au bout de quelques instants, il a fait un *arc de cercle* durant trois ou quatre secondes, et est tombé sur son lit. Puis on lui a fait boire un peu de vin et il a dit se trouver mieux. Dans la soirée il a manifesté le regret de n'avoir pas réussi à se pendre.

17 *décembre*. Douleur névralgique lancinante dans la gouttière vertébrale au niveau du 5e espace intercostal et au niveau du rebord des fausses côtes du côté gauche. Douleur intermittente dans le genou s'accompagnant de flexion de la jambe sur la cuisse, comme par une secousse. Injections de morphine.

26 *décembre*. La sensibilité existe des deux côtés.

1881. 3 *janvier*. *Tentative d'évasion* hier soir en compagnie d'un de ses camarades. Envoyé à la Sûreté.

5 *mars*. Depuis le mois de décembre, il n'a pas eu d'attaques. Sa conduite a été bonne. Pendant son séjour il a été régulièrement à l'école, où il n'a fait que des progrès insignifiants.

	Taille.	Poids.
Septembre 1880	1m 61	51k. 200
Mars 1881	1m 62	49k. 400

Voici le tableau de ses attaques pendant son séjour à Bicêtre.

Septembre 1880.	51 attaques	1 vertige.
Octobre 1880.	81 —	« —
Novembre 1880.	0 —	« —
Décembre 1880.	2 —	« —
1881	0 —	« —
	134 attaques	1 vertige.

Jamais nous n'avons vu nous-mêmes ses attaques, de sorte que nous ne pouvons en donner la description. Ce qui paraît probable c'est que, à côté d'*attaques réelles*, il y avait des *attaques simulées*. Il sort le 5 mars.

Nous avons eu l'occasion d'avoir des détails circonstanciés sur les faits et gestes de notre malade après sa sortie. Du mois de mars au mois d'août 1881, il a travaillé avec sa mère comme *coloriste*; très tranquille alors, laborieux; il refusait de sortir même de la maison, pendant un mois, dans la crainte de rencontrer ses anciens camarades. Au mois d'août, il quitta brusquement sa mère. Quelques jours après, il fut arrêté au Havre et condamné à 18 mois de prison pour tentative de vol d'un pain Il subit cette peine à Gaillon (16 septembre 1881 au 16 mars 1883). Nous tenons de notre ami, le Dr Hurel, médecin de la Maison Centrale de Gaillon, les détails suivants relatifs à son séjour dans cette prison.

Le 6 *décembre* 1881, il se dit hémiplégié, du côté droit. Le quatrième jour de sa maladie, ayant été mis au vivres de la détention pour trois jours, il prétendit aller mieux dès le second.

21 *decembre*. Condamné à *un mois de cachot* pour injures envers un agent. Du 30 janvier au 20 février 1882, il va six fois à l'infirmerie sous divers prétextes, recherchant d'une manière évidente le moyen d'échapper au travail. Le 4 et le 24 février, on le condamne à quelques jours de *cachot* pour injures aux agents, murmures. Du 15 mars au 14 avril, il va 8 fois à la visite sous des prétextes variés. Dans les nombreux motifs invoqués, on ne constate de réel qu'une *adénite* cervicale. Du 15 avril au 13 juillet, il encourt quatre condamnations successives de cachot ou de consigne (trois mois au total) pour refus de travailler (1).

Pendant le reste de son séjour à Gaillon, il ne s'attire plus de nouvelles peines, mais il ne cesse d'aller à la visite médicale. Une fois seulement, il est admis à l'infirmerie pour indigestion. Sorti de prison, du 16 mars au 20 octobre 1883, il travaille avec sa mère. A ce moment, il la quitte pour vagabonder avec trois ou quatre hommes et une jeune femme. Le 8 décembre, il est arrêté *pour avoir engagé sous son nom*, au Mont-de-Piété, une montre volée. Durant son absence, il est venu plusieurs fois au voisinage du domicile de sa mère, l'a fait appeler pour lui demander quelques secours. Celle-ci l'a engagé à revenir, mais la jeune fille qui était avec lui, l'a retenu. Le 11 décembre 1883, il a été condamné en police correctionnelle, à 8 ans de prison et 10 ans de surveillance, jugement qui a été confirmé en appel, le 15 janvier 1884.

Nous sommes intervenus, sur la demande de la mère d'après l'avis de l'avocat ; mais ni le certificat circonstancié que nous avons remis, ni nos appels à la bienveillance de M. le président de la République et de M. le ministre de la justice n'ont eu de résultat.

Peu après sa condamnation, étant à Mazas, il est tombé malade et a été envoyé à l'infirmerie de la prison de la Santé, où il est resté environ une semaine. Il a été ensuite

(1) Le regime du cachot consiste en pain sec, eau et soupe seulement tous les 4 jours ; il ne peut être infligé pendant plus de 30 jours consécutifs.

envoyé à la Grande Roquette. Au bout de peu de temps, sa maladie s'étant aggravée, il a été transféré de nouveau à la Santé, où il est mort de *tuberculose pulmonaire*, le 7 juin 1884.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 22 décembre 1885. — Présidence de M. Bergeron.

Election d'un vice-président pour l'année 1886 : M. Sappey est élu par 49 voix contre 20 voix données à M. Regnauld.

M. Proust est maintenu, par acclamation, dans ses fonctions de *secrétaire annuel.*

MM. L. Le Fort et Giraud-Teulon, sont élus membres du conseil.

M. Blache lit une note, relative à la *dilatation de l'estomac chez l'enfant*, qu'il est tenté d'attribuer à la gastro-entérite, provoquée par des écarts de régime ou révélée comme une des manifestations d'une diathèse quelconque. Après avoir rappelé les signes classiques de la dilatation de l'estomac, M. Blache signale parmi les conséquences de cet état : les palpitations de cœur, la dyspnée, et les terreurs nocturnes. A. J.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 20 février 1885.—Présidence de M. Kirmisson.

34. Ankylose calcaire des valvules sigmoïdes de l'aorte; par M. Poupon, interne des hôpitaux.

Le nommé B..., âgé de 67 ans, entre à Laënnec, salle Béhier, service de M. le professeur Ball. Il avait fait dans son existence toute une série de métiers, avait été étudiant en médecine, externe de Bazin, puis avait étudié la pharmacie, et, finalement, était garçon chez un pharmacien. Antécédents alcooliques très nets, avoués par le malade. Pas d'antécédents rhumatismaux. On ne trouve aucune trace de syphilis. Soigné dans le service de M. le professeur Potain, à Necker, il fut dirigé sur Laënnec.

Facies pâle de l'aortique. A l'inspection, voussure de la région précordiale, à droite du sternum. Pas de battements à la vue; à la palpation, frémissements cataires vers le deuxième espace intercostal droit au siège des bruits de l'orifice aortique. Ce frémissement est perceptible aux deux temps. *Percussion*: matité dépassant le bord du sternum de trois travers de doigt. *Auscultation*: double souffle très râpeux s'entendant dans le dos. On le perçoit au siège des bruits aortiques et même il se propage du côté droit du thorax.

Rien à la pointe. Le cœur bat dans le 5e espace intercostal. Le pouls abdominal est très affaibli et retardé. Propagation des bruits dans les vaisseaux du cou. Accès d'oppression très forts. Pas d'angine de poitrine, ni de douleur rétro-sternale. Pas de palpitations. Pas de phénomènes de compression ni troubles oculo-pupillaires. Insomnie. Pas de gastralgie notable.

Messieurs les professeurs Ball et Damaschino font le diagnostic d'anévrysme de la portion ascendante de l'aorte avec insuffisance aortique. *Traitement.* Iodure de potassium 3 grammes. Le malade meurt de syncope, le 27 décembre 1884.

Autopsie. L'ouverture du thorax nous donne les signes suivants: rien dans le péricarde. Le muscle cardiaque paraît très hypertrophié surtout au niveau du ventricule gauche. Il n'y a pas de dégénérescence graisseuse de ses fibres. La cavité du ventricule gauche ne paraît pas avoir augmenté de volume. Rien de notable du côté de la valvule mitrale qui est souple; on n'y trouve aucune lésion athéromateuse. Du côté de l'orifice aortique on trouve en employant les procédés ordinaires, une insuffisance très nette de ses valvules, l'eau versée dans l'aorte s'écoulant immédiatement dans le ventricule gauche. Les trois valvules sigmoïdes de l'aorte sont ankylosées de telle sorte qu'il est impossible au premier abord de les différencier les unes des autres. Cependant, à un examen plus attentif, on trouve une fente très étroite d'une étendue de 2 millim. qui est bouchée en grande partie par un caillot rougeâtre. Les bords de cette fente sont peu épais. Ils sont absolument tranchants. On ne peut mieux les comparer qu'à la lame d'ivoire d'un couteau à papier. Les deux lignes de soudure des trois valvules (puisque la troisieme est remplacée par une fente) sont rugueuses et peuvent être comparées à une crête osseuse. A l'angle de soudure de ces trois valvules on sent un noyau très dur. La consistance est absolument calcaire. La face artérielle est surmontée de saillies verruqueuses et végétantes en forme de choux-fleurs. La face ventriculaire se présente sous l'aspect de trois poches séparées par des arêtes qui répondent aux lignes de soudure des trois valvules sigmoïdes. Comme la face artérielle, la face ventriculaire des valvules aortiques, est inégale, rugueuse, et de consistance calcaire. Dans le cœur droit, rien de spécial. *Aorte.* Dilatation de l'aorte au-dessous des valvules sigmoïdes. L'aorte a un calibre de 10 cent. à ce niveau. La longueur de la dilatation est de 6 cent. 1/2. Sur la surface de l'aorte, il est facile de constater de larges plaques calcaires. Pas de poches distinctes du calibre de l'artère. Dans les autres organes rien de spécial à noter.

Réflexions. Cette présentation est remarquable à deux points de vue absolument différents. D'abord le diagnostic d'anévrysme de l'aorte a été fait pendant la vie par des hommes dont l'érudition n'a d'égale que la haute compétence clinique. Je veux parler de Messieurs les professeurs Ball et Damaschino. Or, à l'autopsie, nous n'avons trouvé qu'une dilatation aortique, sans poche distincte du calibre de l'artère. Au premier abord cela paraît sans intérêt; mais si l'on réfléchit qu'on aurait pu employer l'électro-puncture, on se demande s'il ne serait pas utile d'indiquer sommairement quelques règles permettant de faire ce diagnostic différentiel. Dans l'anévrysme où il y a un mouvement d'expansion très net, et des phénomènes de compression, le diagnostic est certain; mais lorsque, en fait de symptômes, on ne trouve que quelques signes physiques tels que matité, double souffle, etc., il est impossible de se prononcer le plus souvent ainsi que nous le démontre cette autopsie. Aussi ne saurions-nous trop engager le clinicien à être d'une grande prudence dans ce cas, car certainement des accidents graves, tels que des embolies, pourraient se produire, si l'on faisait l'électro-puncture dans les cas de dilatations semblables à celui dont nous venons de rapporter l'observation.

Un deuxième point nous paraît des plus curieux dans cette présentation, c'est l'ankylose complète d'une valvule sigmoïde avec ses deux voisines et la semi-ankylose à leurs deux extrémités des autres valvules sigmoïdes qui ne laissent entre elles qu'une fente étroite à bords effilés dont une partie est bouchée par un caillot. Le passage du sang ne pouvait donc se faire que très difficilement Dans ces circonstances, il n'est pas étonnant qu'une syncope ait pu mettre facilement un terme à l'existence du malade. L'ankylose d'une valvule sigmoïde à ses deux voisines s'ajoutant à sa consistance calcaire, donne à l'ensemble des bords de l'orifice aortique, l'aspect d'un véritable os. Ce fait est assez rare et assez curieux pour que nous ayons jugé à propos de le présenter à la Société Anatomique. Quelle est la véritable cause de la dilatation aortique? Il est probable que la lésion de l'aorte est contemporaine de la lésion de l'orifice aortique, et que, s'il y a eu une influence de l'une de ces lésions sur l'autre, l'influence a été réciproque; car ces lésions semblent absolument de même âge et l'on ne peut pas affirmer que c'est l'insuffisance avec rétrécissement aortique qui a amené la dilatation constatée aujourd'hui à l'aorte. Une dernière question se pose, c'est la cause de ces lésions graves et si curieuses. Nous avons vu plus haut que ce malade

n'était pas un rhumatisant et qu'il ne nous était pas possible de retrouver une endocardite rhumatismale dans ses antécédents. Le malade, autant qu'on puisse l'affirmer, ne semble pas avoir eu la syphilis. D'autre part l'aorte est certainement athéromateuse et il semble absolument logique de rapporter à l'athérome les lésions observées. L'alcoolisme a-t-il joué un rôle dans l'évolution de cette cardiopathie? Cela paraît constant: en effet, cet homme, quoique ayant 67 ans, n'était pas d'un âge assez avancé pour que la vieillesse seule puisse être incriminée. D'autre part il avait fait nombre de métiers, avait vécu dans la misère, et cherché dans l'alcoolisation un soulagement à l'adversité. Il l'avouait du reste fort bien. Il est donc avéré pour nous que chez cet homme l'athérome causé probablement par l'alcoolisme et par une existence pleine de misères et de fatigues a frappé violemment l'aorte et les valvules aortiques provoquant ces lésions curieuses.

35. Remarques à propos de l'Anatomie normale des bronches primitives; par le Dr Maurice Letulle, médecin des hôpitaux.

Dans la dernière séance, notre collègue et ami le Dr Netter a montré une pièce fort intéressante qu'il a présentée comme étant un moule fibrineux trachéo-bronchique. Au premier coup d'œil, il me semble difficile d'admettre qu'on eût affaire à un moule *complet de la trachée et des deux bronches primitives* avec leurs ramifications, et plusieurs membres présents, après quelques remarques de ma part et après un examen attentif, se rangèrent à mon opinion. Désireux de confirmer mes assertions par l'autorité des maîtres, j'ai consulté Sappey et Cruveilhier, et j'ai constaté de notables différences dans les résultats obtenus par la mensuration pour les mêmes organes; c'est ce que montre le tableau ci-joint :

		Sappey.	Cruveilhier.
Longueur des bronches primitives :	*Droite.*	Minimum : 10 millim. Maximum : 18 —	27 millim.
	Gauche.	Minimum : 20 millim. Maximum : 44 — (Exceptionnellement) : 40 —	54 millim.

Ce qui donne au minimum 9 millimètres de différence en plus pour l'estimation de Cruveilhier.

Cet écart relativement considérable résulte-t-il d'un choix différent dans les points de repère devant servir aux mensurations? On serait tenté de le croire; toutefois, rien ne l'indique dans le texte des deux auteurs dont je viens de parler. Cruveilhier dit (1) : « Parvenues à la racine des poumons, les bronches se divisent en deux branches, mais d'une manière un peu différente ». Et Sappey (2) : « A leur entrée dans les poumons, les bronches se divisent ». De sorte qu'on est en droit de penser que les mensurations ont bien porté *sur toute la longueur réelle de la bronche primitive*, c'est-à-dire depuis son origine jusqu'à sa première division.

Sur le cadavre d'un adulte pris au hasard, j'ai enlevé avec soin la trachée et les bronches que je présente, et j'ai procédé à leur mensuration. Voici les chiffres obtenus :

Bronche droite : 30 millimètres.
Bronche gauche : 50 millimètres.

Par l'étude comparative de ces quatre figures, on comprend quelle diversité d'aspect pourront présenter les moules fibrineux trachéo-bronchiques.

Notons en outre une indication intéressante fournie par Cruveilhier pour la bronche droite. D'après cet auteur, en effet, après la naissance du rameau destiné au lobe supérieur du poumon et qui naît de cette bronche presque verticalement et à angle droit (DE sur notre fig. III) la bronche « suit la direction primitive, et, après 2 centimètres et demi environ de trajet (DD' fig. III), se divise en deux rameaux inégaux ».

Le moule fibrineux de l'arbre bronchique droit représenterait donc un long cylindre de 50 à 52 millimètres environ qui porterait à peu près au milieu de sa longueur une branche ramifiée s'élevant perpendiculairement ou à peu près du tronc bronchique et pouvant former avec lui un angle légèrement aigu (EDB fig. III).

Le moule fibrineux bronchique gauche, au contraire, présenterait un tronc uniforme long de 50 à 55 millimètres se terminant par une bifurcation plus ou moins richement ramifiée.

Je conclus de tout ce qui précède qu'un moule fibrineux *trachéo-dibronchique* devrait présenter la forme d'un Y renversé à branches plus ou moins écartées, dont la face inférieure, formant les deux côtés d'un angle à sommet supérieur, serait absolument dépourvue de branches col-

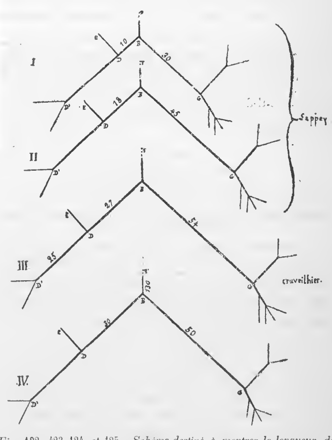


Fig. 122, 123, 124 et 125.—Schéma destiné à montrer la longueur des bronches primitives. — (Les lignes indiquées représentent l'axe du conduit). — I. Longueur minima d'après Sappey: TB, trachée; DB, bronche droite; BG, bronche gauche; DE, bronche destinée au lobe supérieur. — II. Longueur maxima d'après Sappey. Mêmes lettres que dans la figure I. — III. Longueur moyenne d'après Cruveilhier: Mêmes lettres que dans les figures précédentes. En outre : DD, longueur de la bronche avant sa bifurcation terminale. — IV. Dimensions des bronches recueillies sur un cadavre adulte.

latérales dans un espace de 40 millimètres au moins (Sappey) et de 106 millimètres au plus (Cruveilhier) avant la naissance des ramifications terminales. Sur la face supérieure des deux branches qui limitent l'angle, et sur la même longueur, on ne verrait se détacher qu'un seul rameau collatéral qui s'élèverait presque perpendiculairement.

Il me paraît utile de demander pour les pièces que l'on présentera désormais ici une mensuration exacte; le dessin *ad naturam* des diverses particularités anatomiques qu'offriraient ces concrétions fibrineuses ferait, il me semble, très bon effet dans nos bulletins. On compléterait ainsi, d'une manière plus méthodique, l'histoire des *concrétions fibrineuses de la trachée et des bronches*. Enfin, les documents fournis pourraient au moins servir utilement pour les recherches ultérieures.

(1) Cruveilhier. — *Traité d'anat. descript.* 5e édit. par M. Sée, t. II, p. 271, Paris, 1874.
(2) Sappey. — *Traité d'anat. descript.*, t. IV, p. 421.

36. M. Braine présente deux cas d'*hémorrhagie méningée.* Dans le premier, il s'agit d'un homme de 27 ans, ni syphilitique, ni alcoolique, dont l'affection a débuté il y a un an. Il est encore aphasique, sans paralysie bien marquée. A l'*autopsie*, on trouve un foyer énorme, couvrant et déprimant tout le lobe gauche; le sang est collecté sous la dure-mère, et au-dessous, une membrane mince ferme la poche, sans connexion avec l'arachnoïde viscérale. — Dans le second cas, il s'agit d'un homme de 63 ans, alcoolique et athéromateux; on trouve un foyer hémorrhagique des deux côtés, limité, comme dans le cas précédent, par une néo-membrane, mais d'un côté le caillot se prolonge entre les feuillets de l'arachnoïde.

37. M. Lepage présente un cas de *fracture de la colonne vertébrale par écrasement* chez un enfant de 15 ans. (Voir séance du 20 mars 1885.)

38. M. Doyen présente des pièces provenant d'une femme de 64 ans, athéromateuse et albuminurique. A l'*autopsie*, on trouve des reins scléreux; il y a sur l'intestin des nodules blanchâtres, durs. Entre les anses intestinales adhérentes, on trouve plusieurs petits kystes à parois molles, transparentes, renfermant un liquide clair; ces kystes semblent plutôt être dus à la ladrerie qu'à des hydatides.

Dans un cul-de-sac vaginal, on trouve une ulcération, et de la matière caséeuse dans l'utérus et dans les ovaires. Les noyaux du péritoine sont-ils du cancer ou du tubercule? M. Doyen est d'avis qu'ils ressemblent à la tuberculose péritonéale de la poule. L'examen microscopique est indispensable.

39. M. Gille de la Tourette présente une *pièce osseuse* provenant d'un individu mort de péricardite, qui aurait reçu, pendant la guerre de 1870, une balle dans la partie supérieure de la jambe. On voit à ce niveau qu'il y a eu une fracture comminutive des deux os de la jambe, guérie par un cal volumineux, avec des anfractuosités; de nombreux morceaux de plomb sont restés enchâssés dans la substance osseuse et recouverts d'une légère lamelle d'os.

M. Kirmisson fait remarquer la tolérance des tissus pour les corps étrangers; l'histoire chirurgicale de ce malade serait intéressante au point de vue des interventions qui ont pu être faites et de la durée des accidents.

40. M. Lapervenche présente un cas de *perforation vésicale* par suite d'une ostéo-arthrite de la symphyse pubienne.

41. M. Tuffier présente un cas de *consolidation osseuse de la rotule fracturée.*

42. Cancer de la capsule surrénale; par M. Lubet-Barbon, interne des hôpitaux.

La tumeur que je présente provient d'une malade âgée de 57 ans, morte dans le service de M. Legroux, hôpital Laënnec.

En 1883, cette femme se plaignait de vives douleurs dans le flanc droit, et déjà à cette époque on trouvait dans cette région, au-dessous du bord antérieur du foie, une tumeur assez résistante, mobile, qui fut prise pour un kyste hydatique ou le rein déplacé. L'année suivante, elle entre dans le service, et on reconnut la présence d'un cancer du col de l'utérus. La tumeur du ventre existait encore, et M. Legroux pensa à une hydronéphrose, avec d'autant plus de raison, semblait-il, qu'on observait des dysuries fréquentes, suivies pour ainsi dire de débâcles urinaires. La malade succombait dernièrement aux progrès de la cachexie.

A l'autopsie, nous trouvons un cancer de l'utérus, avec dilatation énorme des uretères des deux côtés, surtout à droite; au-dessus du rein droit, coiffant cet organe et descendant sur sa partie antérieure de façon à le luxer et à porter son extrémité inférieure en avant et en dedans, on aperçoit une tumeur ovoïde du volume d'une tête d'enfant à terme. Cette tumeur se détache facilement du rein, qui est sain, sauf une notable distension du bassinet; elle est légèrement adhérente à la face inférieure du foie, et en les séparant, on emporte un peu de la substance de cet organe.

Au-dessus d'elle, on trouve la capsule surrénale un peu aplatie, si bien que ses angles se prolongent sur le sommet de la tumeur en forme d'ailerons.

A la coupe, on voit au centre une substance blanchâtre, coupée de travées fibreuses et dures, et tout autour des marrons hémorrhagiques, et séparés les uns des autres par ces mêmes travées. A l'examen histologique, on trouve les éléments du cancer avec une grande quantité de fibrine. Le tout est contenu dans une enveloppe fibreuse formée de fibrilles fines du tissu conjonctif, séparées les unes des autres par de grosses cellules à noyaux qui, la plupart, paraissent anciennes. Au point où la capsule adhère à la tumeur, une coupe transversale montre les éléments de la substance médullaire à peu près normaux. Le tissu fibreux périphérique paraît se continuer avec celui qui forme l'enveloppe de la tumeur.

La structure de cette tumeur, sans adhérence à la capsule, sa situation entre la capsule surrénale et le rein, l'absence ordinaire de ganglions entre ces deux organes et d'éléments où paraît se développer du carcinome, nous font penser que nous nous trouvons en présence d'un cancer de la capsule surrénale droite. Notre malade n'a jamais eu d'accidents pouvant rappeler la maladie d'Addison.

Séance du 6 mars 1885. — Présidence de M. Cornil.

1. Ganglion de l'articulation radio-carpienne engaînant l'artère radiale sur une longueur de 7 centimètres; par H. Chaput, ancien interne des hôpitaux.

En disséquant la paume de la main d'un sujet pour le cours d'anatomie, nous avons constaté que l'artère radiale fortement athéromateuse d'ailleurs, se trouvait à la partie inférieure de l'avant-bras en rapport intime avec un ganglion articulaire. La dissection nous montra que ce ganglion se prolongeait sur toute l'étendue de l'artère radiale dans la tabatière anatomique et jusqu'au point où elle perfore le 1er espace inter-osseux. Ce ganglion mesure une longueur d'environ 7 centim. Son diamètre transversal est extrêmement irrégulier, il présente en effet, par endroits, des points rétrécis et ailleurs des bosselures plus ou moins saillantes. Toutefois, sa dimension transversale moyenne peut être évaluée à 8 ou 10 mm (rétrécissement maximum 6 mm et largeur maxima 15 mm). Ce ganglion a une apparence rosée, il est très bosselé et très mamelonné. Les rapports sont absolument les mêmes que ceux de l'artère radiale. Il n'adhère en aucun point aux parties voisines sauf au niveau de l'interligne radio-carpien où la dissection montre qu'il est en continuité avec un prolongement indépendant de la synoviale radio-carpienne. Si l'on suit l'artère radiale en examinant le ganglion par sa partie profonde, on la voit disparaître presque immédiatement en se confondant, en apparence du moins, avec le ganglion. Toutefois si, avec une paire de ciseaux, on ouvre sa paroi inférieure, on voit que l'artère n'est engaînée que partiellement par le ganglion, sauf sur une étendue de 2 centim. occupant la partie moyenne de la tumeur au niveau de laquelle les ciseaux font sortir de chaque côté de la section une espèce de gelée de coing, une épingle introduite dans la lèvre interne de l'incision, puis dans la lèvre externe, permet de constater que les cavités ouvertes communiquent par un orifice assez étroit avec la cavité générale du ganglion. (Un examen plus complet nous a fait voir ensuite que la dépression correspondant à la lèvre interne de l'incision ne communiquait pas avec la grande cavité du ganglion.) Chose curieuse, l'artère nettement athéromateuse au-dessus de la tumeur, ne présente pas à son niveau la calcification observée plus haut.

L'incision de la tumeur pratiquée au niveau de sa face superficielle montre qu'elle est constituée sur le 1er centimètre supérieur par une masse aréolaire constituée par des logettes indépendantes d'un volume variant d'une tête d'épingle à un petit pois.

Sur les trois centimètres qui suivent, grande cavité irrégulière avec plis peu saillants sur la paroi, entre les plis la surface est d'ailleurs lisse. L'aspect des plis et des saillies montre qu'évidemment dans l'origine cette partie de la tumeur avait la disposition aréolaire des extrémités de la tumeur. Cette grande cavité ne communique d'ailleurs qu'à sa partie inférieure avec la petite cavité ouverte par l'incision de l'artère radiale et siégeant sur la lèvre externe de cette incision, de telle sorte qu'en somme l'engaînement de l'artère n'était pas absolument complet; on n'aurait pu, en aucun point, contourner l'artère radiale sur toute sa circonférence avec un instrument introduit dans la cavité du ganglion. Les trois centimètres inférieurs sont occupés pareillement par une masse aréolaire comparable à celle décrite à l'extrémité supérieure de la tumeur. Rien de spécial à noter pour le contenu qui était transparent, jaunâtre, analogue à de la gelée de coing.

Réflexions. Il nous semble qu'on peut expliquer de la façon suivante la pathogénie de cette bizarre affection : un ganglion de l'articulation radio-carpienne se portant en dehors s'est mis en rapport avec l'artère radiale. Sous l'influence des battements de celle-ci, la pénétration du ganglion dans la gaîne celluleuse de l'artère se sera trouvée facilitée. Comme cette gaîne est un tissu moins résistant que les divers plexus tendineux et aponévrotiques de la région, on s'expliquera que la tumeur ait suivi de préférence le trajet de l'artère. Au point de vue clinique il est toujours certain qu'à chaque diastole artérielle la pulsation devait être communiquée au liquide du ganglion, et qu'on aurait pu croire à une dilatation athéromateuse de l'artère. Au point de vue chirurgical, cette disposition offre également quelque intérêt. Une ligature de la radiale dans la tabatière aurait offert au chirurgien des surprises et des difficultés assez considérables, de même une opération ayant pour but le traitement curatif du ganglion. Enfin on peut supposer une plaie de la radiale qui, dans l'espèce, eût été suivie d'une variété extrêmement insolite d'anévrysme diffus.

2. Cirrhose hypertrophique biliaire. — Mort par ictère grave; par A. Florand, interne des hôpitaux.

Le nommé Gauth..., Gaston, âgé de 19 ans, entre à l'hôpital Lariboisière, service de M. Proust, salle Saint-Charles n° 22. le 25 janvier 1885.

Son père est mort tuberculeux. Sa mère se porte bien. Jusqu'à l'âge de 15 ans, il n'a jamais été malade. Il a toujours habité Paris. Pas d'impaludisme ni d'alcoolisme dans ses antécédents. Au mois de mai 1881, sans cause aucune, il a eu une indigestion suivie d'ictère. Les troubles digestifs n'ont duré que quelques jours, mais l'ictère a persisté depuis cette époque en s'accentuant de plus en plus.

Progressivement son ventre a augmenté de volume dans sa partie supérieure. Il a peu maigri, a conservé son appétit intact et une santé générale excellente En avril 1883, il a eu quelques douleurs dans la région du foie et pendant plusieurs jours, des accès de fièvre revenant à intervalles réguliers et présentant tous les caractères et les stades de la fièvre intermittente. Les douleurs et la fièvre disparurent rapidement ; mais l'ictère s'accentua et son ventre augmenta de volume. Vers la même époque, il eut à trois reprises différentes, des hématémèses peu abondantes.

Au moment de son entrée à l'hôpital, le 25 janvier, le malade n'accuse de malaise d'aucune sorte ; son état général est aussi bon que possible. Il est petit et un peu chétif pour son âge, mais il a un excellent appétit et remplit sans aucune fatigue ses fonctions d'employé de commerce.

Il est seulement gêné et ennuyé par le volume de la partie supérieure de son abdomen et par la persistance de son ictère. C'est dans l'espoir de voir disparaître ces phénomènes qu'il se décide à entrer à l'hôpital. Son tégument externe et ses muqueuses présentent une teinte jaune assez prononcée qui n'a jamais disparu depuis le début de sa maladie. La face palmaire de ses mains et sa plante des pieds offrent des taches rosées faisant à la surface de la peau une saillie peu appréciable. Quelques démangeaisons. Ses urines ont une teinte acajou très accentuée. Elles contiennent du pigment biliaire en grande quantité ; ni sucre, ni albumine ; pas de troubles digestifs ; Appétit conservé; selles décolorées. L'abdomen est très volumineux dans sa partie supérieure ; sa portion sus-ombilicale est bombée, saillante, élargie. L'examen des parties permet de reconnaître immédiatement que cette augmentation du volume est due au foie et à la rate. Le foie est considérablement hypertrophié ; il remonte dans la cage thoracique, descend dans la cavité abdominale et empiète dans le flanc gauche où sa matité se confond avec celle de la rate. A la palpation, on sent son bord lisse et sa surface ne paraît pas modifiée. Il a conservé sa forme normale en tous les points. La saillie est surtout considérable dans l'hypocondre droit. Sa matité se prolonge à quatre travers de doigt au-dessous du rebord des fausses côtes. Sa rate également est volumineuse, descend presque jusqu'à l'épine iliaque antéro-supérieure. A la partie supérieure sa matité fait corps avec celle du foie. Pas de trace d'ascite ; pas de dilatation des veines sous-cutanées abdominales. Du côté du cœur, on constate un souffle systolique léger à la pointe. Pas de bruit de galop. Le pouls n'est pas ralenti. Les poumons sont comprimés et refoulés par le foie hypertrophié dans la cage thoracique. Le poumon gauche présente à son sommet quelques craquements très limités.

Le malade est vu quelques jours après son entrée par M. Hanot, qui confirme après examen le diagnostic de cirrhose hypertrophique biliaire. *Traitement* : eau de Vichy, sirop iodo-tannique ; bains alcalins.

Jusqu'au 17 février, l'état général et l'état local restent excellents. Rien de particulier à noter.

Le 18 *février*, le malade prétend s'être refroidi à la sortie d'un bain. Il s'est mis au lit avec un frisson assez violent, une dyspnée intense et un point de côté sous le mamelon gauche. L'examen de la poitrine permet de constater la présence, à la partie moyenne du poumon, d'un foyer assez étendu de râles crépitants. A ce niveau, submatité et augmentation des vibrations ; sa température est de 40°, son pouls fréquent ; crachats jaunâtres, visqueux et striés de sang ; la teinte ictérique s'est beaucoup accentuée. *Traitement* : vésicatoire, potion de Todd.

Le 19 *février*, la dyspnée est un peu moindre. Le point de côté a presque disparu. A l'auscultation, souffle doux et râles crépitants. T. 39°. Les urines sont rares, très colorées, sans albumine.

21 *février*. Souffle et râles dans le poumon gauche. Râles fins dans le poumon droit ; moins de fièvre ; plus de point de côté ; le malade demande à manger.

23 *février*. Il existe dans les deux poumons, et surtout dans le poumon gauche, des râles fins très nombreux. La dyspnée est cependant moindre que les premiers jours ; la voix du malade est enrouée. Il se plaint d'une sensation de chatouillement et de constriction à la gorge. L'ictère est de plus en plus prononcé ; les symptômes locaux du côté des organes de l'abdomen n'ont pas varié ; les crachats sont muco-purulents et striés du sang. Epistaxis peu abondante à diverses reprises.

24 *février*. Même état ; cependant le malade est plus abattu ; il accuse un malaise général et un chatouillement très désagréable au niveau du larynx.

26 *février*. La dyspnée peu accentuée les jours précédents, est très considérable. L'examen de la poitrine permet de constater, dans toute son étendue, de nombreux râles fins. Depuis hier, le malade a eu des épistaxis assez abondantes et des crachats constitués uniquement par du sang noirâtre. Toute la journée, malaise considérable et abattement extrême ; le soir à sept heures, en quelques instants, hématémèse et melœna très abondants, qui se répètent à trois reprises différentes et le malade meurt dans le collapsus sans avoir présenté de délire ni aucun autre phénomène intéressant à noter.

Autopsie, vingt-quatre heures après la mort. — Le *foie* est volumineux, mais surtout très lourd ; il pèse 3 kilogr., 130; il est d'une coloration gris-verdâtre non uniforme ; sa

surface est mamelonnée sur tous les points, surtout au niveau de sa face inférieure. Les parties les plus saillantes sont d'un vert olivâtre et quelques-unes sont formées soit par des kystes biliaires, soit par de véritables infarctus biliaires. Les parties du tissu hépatique intermamelonnaire sont au contraire d'un vert grisâtre, noir par places. La *vésicule biliaire* est petite, blanchâtre ; elle ne contient ni bile ni calculs ; ses parois sont épaissies. A la coupe, le tissu hépatique est plus résistant qu'à l'état normal sans présenter la dureté de la cirrhose atrophique. L'aspect de la coupe est assez identique à celui de la surface ; elle présente de nombreux infarctus biliaires et quelques petits kystes. Le *péritoine périhépatique* est épaissi et établit des adhérences entre le foie et le diaphragme.

Examen histologique. Sur une coupe du tissu hépatique pratiquée immédiatement après l'autopsie avec le microtome à congélation, on voit que les espaces interlobulaires sont élargis. Les lésions du lobule sont bornées à la périphérie. Au centre, les cellules hépatiques ont leur aspect normal : elles sont colorées par le pigment biliaire. A la périphérie du lobule, on aperçoit très bien la transformation des cellules hépatiques en cellules embryonnaires. Les *reins* sont gras, imprégnés de bile et n'offrent aucune altération macroscopique. Le *cœur* est pâle, petit, un peu mou; vide de sang ; pas d'altération valvulaire, pas de dilatation du cœur droit. L'*estomac*, rempli de sang noirâtre en caillots, offre à sa surface des arborisations vasculaires très prononcées et des ecchymoses étendues dans l'épaisseur de sa paroi. Tout l'*intestin grêle* est rempli de sang ; la muqueuse est teinte en noir et offre des ecchymoses disséminées sur toute son étendue. *Cerveau* absolument sain. *Ecchymose* assez étendue dans le *grand pectoral gauche.*

En somme, cirrhose hypertrophique biliaire terminée par ictère grave, chez un jeune homme de 19 ans ne présentant aucun antécédent héréditaire ou personnel pouvant expliquer la cause de cette affection. Un examen histologique plus approfondi du tissu hépatique sera pratiqué ultérieurement.

La *rate*, très volumineuse, pèse 1 kilogramme ; elle n'offre aucune altération appréciable à la vue. Sa teinte est plus pâle qu'à l'état normal ; sa consistance n'a pas diminué.

Les *ganglions du hile* ne sont pas hypertrophiés ; ils sont teints en vert par la bile.

Les *poumons* sont petits, refoulés dans la cage thoracique, très congestionnés dans toute leur étendue. Le poumon gauche présente à sa partie supérieure une petite caverne tuberculeuse. Il est splénisé à sa partie moyenne. Quelques tubercules dans le poumon droit. *Adhérences pleurales* au sommet gauche et aux deux bases. Ecchymose sous-pleurale assez étendue en arrière et à droite.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 23 décembre 1885. — Présidence de M. Horteloup.

M. Ledentu présente une observation *de fibrome lacunaire du sein chez l'homme.* La tumeur évoluait depuis 40 ans et les ganglions étaient restés indemnes.

M. Humbert fait un rapport sur une observation de cancer du corps thyroïde adressée à la Société de chirurgie par M. Peyrot. Au cours de l'opération M. Peyrot dut faire la trachéotomie ; de plus il fallut lier et réséquer la jugulaire, les carotides et le pneumogastrique sur une longueur de 12 centimètres. La plaie se cicatrisa et pendant trois semaines tout alla bien ; à ce moment la malade fut emportée par des accès répétés de dyspnée et l'autopsie montra la dégénérescence des ganglions du médiastin.

M. Humbert traite la question des indications opératoires dans le cancer du corps thyroïde ; il rejette les opérations partielles et accepte l'ablation dans les cas où la dégénérescence est assez limitée pour être enlevée en totalité.

M. Terrier fait un rapport sur une ablation d'utérus inversé adressé à la Société par M. Defontaine. Après des essais infructueux de réduction, M. Defontaine fit l'ablation de l'utérus par la ligature élastique suivant le procédé de M. Perrier. 21 jours après l'application de la ligature le serre-nœud et la tumeur tombèrent. La malade avait eu quelques douleurs, des vomissements porracés, mais la température ne monta pas au-dessus de 38°.

M. Guéniot fait remarquer que les fils non cirés, et notamment les fils de soie, glissent et serrent mal, si on n'a pris la précaution de les cirer.

M. Tillaux a fait une ablation d'utérus inversé par le procédé de M. Périer; il a obtenu un excellent résultat.

M. Polaillon a fait avec succès deux ablations par le même procédé; il a remarqué que quelques mois après l'opération le col était complètement reformé comme dans le cas de M. Defontaine.

M. Trélat a pratiqué l'ablation d'un utérus presque totalement inversé ; il s'est servi de l'appareil instrumental imaginé par M. Périer. La malade a guéri, elle n'a pas revu ses règles mais a beaucoup engraissé à partir de ce moment.

M. Pozzi cite un cas analogue : l'ablation utérine chez une jeune femme fut suivie de la disparition des règles et d'une obésité précoce.

M. Terrier répond : que le fil ciré n'est pas toujours aseptique, et qu'il préfère se servir de soie molle au lieu de cordonnet de soie. A propos de l'obésité qui suit l'ablation des organes génitaux, M. Terrier y voit une question d'idiosyncrasie et ne croit pas qu'on puisse établir de règle à ce sujet. La castration réussit aux vétérinaires pour provoquer l'engraissement dans certaines races, la race bovine par exemple et reste inefficace sur d'autres ; mais, pour la race humaine les résultats sont très variables et probablement sous l'influence de conditions personnelles.

Elections. — Au cours de la séance ont eu les élections pour le bureau de l'année 1886. M. Horteloup a été nommé président; M. Lannelongue, vice-président; M. Delens, premier secrétaire; M. Terrillon, vice-secrétaire.

M. Lannelongue lit un travail sur *la tension dans les abcès tuberculeux.* Dans ces abcès la tension est en moyenne équivalente à 17 mm. Dans les abcès de la coxalgie traités par l'extension continue, la tension s'élève de 1 à 2 mm. Dans les abcès tuberculeux traités par l'injection d'éther iodoformé, la tension s'élève brusquement de plusieurs centimètres.. M. Lannelongue a procédé par expérimentations à l'aide de l'hémodynamomètre de Ludwig.

M. Guerlain communique une observation de taille hypogastrique.

M. Terrillon présente une malade à laquelle il a enlevé un fibro-sarcome du poids de 5 kil. 500, implanté sur la crête iliaque et l'arcade de Fallope. La tumeur s'était développée surtout du côté de l'abdomen ; il fallut disséquer et décoller le péritoine sur une étendue de plus de 20 centimètres carrés ; l'opérée guérit rapidement.

M. Poulet présente un opéré d'uranoplastie par perforation syphilitique.

Paul Poirier.

THÉRAPEUTIQUE

De l'anorexie.

L'anorexie, ou perte de l'appétit, s'observe dans différents états morbides que nous allons passer en revue, afin de bien faire voir qu'elle est l'importance de ce symptôme, en apparence insignifiant, et dont certains médecins se préoccupent trop peu. Si, dans certaines circonstances, on peut le négliger parce qu'il fait partie du complément symptomatique d'une affection générale, dans d'autres il réclamera un traitement attentif et surtout bien approprié.

L'anorexie est un fait de morbidité et rien de plus; d'une importance secondaire au point de vue du diagnostic, il en acquiert une énorme au point de vue du pronostic.

Elle existe à peu près constamment au début de toutes les maladies aiguës. C'est, on peut le dire, le phénomène morbide qui ouvre la scène; aussi, à l'invasion et dans la période d'état de ces maladies, ne présente-t-il rien de fâcheux; mais quand il se prolonge trop longtemps ou, quand après avoir cessé il se reproduit, il est d'un mauvais augure, il indique une convalescence pénible, ou même il peut faire présumer l'imminence d'une rechute.

Dans les maladies chroniques, il est bien rare qu'on observe une anorexie absolue. Lorsque celle-ci se présente, c'est une chose fâcheuse, ou bien les forces sont notablement altérées, ou bien il existe, à titre de complication, un état saburral de la muqueuse gastrique : c'est ce qu'on appelle encore un embarras des premières voies digestives.

Lorsqu'au commencement d'une maladie on mange avec appétit sans en tirer aucun avantage, l'anorexie est presque inévitable dans la suite de cette maladie; au contraire, quand, après avoir longtemps fait diète, on perd l'appétit, on guérit plus facilement. (Landré-Beauvais.)

Si l'anorexie est quelquefois absolue chez certains malades, elle n'est qu'éclectique. Ainsi quelques personnes ont de l'anorexie pour la viande et gardent le goût des légumes et des fruits, comme cela s'observe bien souvent chez les personnes nerveuses. D'autres cessent de pouvoir manger après une minime quantité d'aliments.

Parmi les maladies chroniques où on l'observe le plus souvent, nous citerons la gastrite chronique des alcooliques, les entérites catarrhales, les embarras gastriques aigus ou chroniques et les dyspepsies.

Nous la signalerons encore dans l'anémie et la chlorose, comme conséquence de l'altération du sang.

Telles sont en résumé la plupart des affections où l'on constate l'anorexie.

Aussi étant donné ce symptôme, quand et comment devra-t-on le combattre?

Disons de suite que lorsque l'anorexie est symptomatique au début d'une affection aiguë, tout traitement est inutile.

Mais il n'en sera plus de même dans les maladies chroniques, où il faut lutter de toutes ses forces et employer tous les moyens à notre disposition pour rétablir les fonctions digestives, dont l'altération amène bien vite une déchéance organique qu'il faut éviter à tout prix.

La longue série des agents médicamenteux qui constitue en thérapeutique la classe des amers, peut bien, au début, stimuler un peu les fonctions gastriques, mais l'estomac, ne tarde pas à s'habituer à ce stimulant et bientôt il ne répond plus à l'excitation, reprend son atonie des premiers jours et laisse le médecin désespéré en présence d'un symptôme si rebelle.

Mais lorsqu'il aura constaté l'impuissance des agents pharmaceutiques contre l'anorexie, il ne doit pas désespérer. Il se rappellera que la nature élabore elle-même, en son sein, des liquides médicamenteux plus puissants que les savantes combinaisons des chimistes, et il aura recours aux Eaux minérales de Pougues qui lui donneront, dans les cas d'anorexie, des résultats souvent inespérés.

Les Eaux de Pougues, en effet, bicarbonatées calciques froides, déjà en grande réputation contre l'anémie, la dyspepsie goutteuse, la leucorrhée et les diverses manifestations de la diathèse urique, sont précieuses aussi pour rendre l'appétit à ceux qui l'ont perdu. Cette action reconstitutive est même, on ne le sait pas assez, le phénomène le plus facile à constater. Le premier effet de la médication doit être, et est bien réellement, écrit le docteur Roubaud, le réveil de l'appétit; puis la fonction digestive se régularise, et l'assimilation s'accomplit.

En un autre passage du livre de l'ancien rédacteur en chef de la *France médicale*, on lit :

« L'action produite par l'eau de Pougues sur le canal intestinal se fait d'abord sentir à l'estomac : elle a pour effet, en excitant la muqueuse, d'éveiller l'appétit et de rendre la digestion facile. L'appétence et la facilité de digestion sont en effet les deux phénomènes tout à la fois les plus constants et les plus rapidement obtenus. Des malades, dont l'estomac paresseux se révoltait à l'ingestion du moindre aliment, *sont émerveillés de pouvoir, après vingt-quatre ou quarante-huit heures de l'usage de l'eau de Pougues*, non seulement ingérer avec appétit des aliments pris au hasard, *mais encore les digérer sans fatigue et sans douleur.* »

C'est pourquoi nous disons à nos confrères qui s'évertuent en face d'anorexies rebelles : ne vous acharnez plus à donner à vos clients privés d'appétit la rhubarbe, la colombo ou la fève de Saint-Ignace, ordonnez-leur la source Saint-Léger de Pougues.

Sur la simple expression de leur désir, l'Administration de Pougues, 15, chaussée d'Antin, Paris, adressera, à titre gracieux et franco, à MM. les Docteurs, une caisse d'eau de la Source Saint-Léger.

SÉNAT

Laïcisation de l'Assistance publique. — *Séance du 19 décembre.*

Nous publions, à titre de document, les discours prononcés au Sénat au sujet de la laïcisation de l'hôpital Cochin.

M. LE PRÉSIDENT. — La parole est à M. Dupré pour poser une question à M. le ministre de l'intérieur qui l'accepte.

M. DUPRÉ. — Messieurs, M. le ministre de l'intérieur a bien voulu m'autoriser à lui adresser une question sur un sujet dont personne ici, je l'espère, ne contestera l'importance (Très bien ! très bien ! à droite).

Cette liberté qu'il a bien voulu me donner, j'en userai avec la plus extrême réserve; avec la modération habituelle de mon caractère, avec le respect que je dois à un des représentants les plus élevés de l'autorité gouvernementale, mais aussi, messieurs, avec l'inébranlable fermeté que je puise dans une conviction profonde, réfléchie, dans le désir, plus que dans l'espoir du succès de ma cause...

M. le baron de LAREINTY. — Pourquoi?

M. DUPRÉ... et, dans tous les cas, dans la conscience de remplir un grand devoir. (Très bien ! Très bien ! au centre et à droite). Le Sénat n'ignore pas que, depuis quelques années, le conseil municipal de Paris poursuit avec une ardeur, avec une persévérance dignes d'une meilleure cause, la laïcisation des hôpitaux de cette grande ville. Déjà cette mesure a été appliquée à un grand nombre d'entre eux ; on veut la continuer, la généraliser, et, dans une de ses dernières séances, le conseil municipal de Paris a enjoint à M. le directeur de l'Assistance publique de laïciser, à bref délai, l'hôpital Cochin, celui de tous qui, par des raisons que je n'ai pas à me préoccuper ici, semblait le moins exposé à ces atteintes. (Très bien ! Très bien ! sur les mêmes bancs). Ce n'est pas une invitation, ce n'est pas un conseil, ce n'est pas une prière que le conseil municipal a adressée à M. le directeur de l'Assistance publique, c'est un ordre qu'on a donné sans motifs autres que la volonté du maître, un ordre sans considérants qu'on puisse discuter, un ordre avec le caractère le plus impératif *sic volo, sic Jubeo*; cet ordre sera exécuté dans quelques heures peut-être, à moins que M. le ministre de l'intérieur ne veuille s'y opposer, et c'est là ce que je lui demande. (Très bien ! Très bien ! au centre et à droite). Il s'exécutera absolument, comme si la loi du 10 janvier 1849 et le décret du 7 mars 1883 qui la confirment n'existaient pas ; absolument, comme si cette autonomie, objet des rêves du conseil municipal de Paris, était devenue une réalité. (Nouvelles marques d'approbation sur les mêmes bancs).

C'est à vous, M. le ministre, qu'il appartient de lui rappeler qu'elle est encore dans les limbes de l'avenir et qu'elle y demeurera longtemps, je l'espère....

M. BUFFET. — Très bien !

M. DUPRÉ.... pour la paix publique, pour l'affermissement de nos institutions, pour le progrès régulier et calme de la République. (Très bien ! Très bien ! au centre). C'est pour la troisième fois que la question de la laïcisation des hôpitaux de Paris se produit devant le Sénat, mais jamais elle n'y est venue seule, jamais surtout avec le caractère de simplicité médicale que je tiens à lui donner. Dans les deux séances mémorables du 31 mai 1881 et 29 mai 1883, la laïcisation des hôpitaux venait au second rang, elle était primée, dominée par la question des aumôniers, qui faisaient alors le service religieux dans les hôpitaux. Fallait-il les y

conserver, fallait-il les exclure, fallait-il les remplacer et comment? La religion, la politique, la liberté de conscience étaient sérieusement engagées dans le débat.

Ce premier projet déteignait sur le second, et le compliquant lui donnait un caractère politique et religieux qu'il n'a plus aujourd'hui, ni dans ma pensée, ni dans les faits. La question des religieuses remplacées par des laïques, quelque grave qu'elle soit, n'intéresse pas au même degré la liberté de conscience.

Quand un malade entre dans nos hôpitaux, les religieuses ne s'inquiètent pas de savoir s'il est bon catholique ou libre penseur, protestant ou israélite, chrétien ou mahométan : elles voient un malade, un être humain qui souffre, il faut le soulager. Leur rôle ne va pas au delà. Je puis donc écarter résolûment et de parti-pris toutes les affinités du problème avec la religion et la politique. Certes, personne ne pourra croire que je méconnaisse l'importance de ces grands intérêts; mais il ne me convient pas de les évoquer en ce moment et de les introduire dans la discussion. Médecin, j'entends demeurer sur le terrain médical. Placé depuis quarante ans à la tête d'un des plus grands hôpitaux de France, les questions d'intérêt professionnel et d'assistance publique sont les seules dont je puisse m'occuper en ce moment.

Voilà, Messieurs, l'aspect nouveau sous lequel se présente la question Il peut, il doit être accepté par tous les hommes de cœur — et ils sont ausssi nombreux à gauche qu'à droite de l'Assemblée (Très bien, très bien, au centre) — qui dans l'organisation des services secondaires des hôpitaux veulent se préoccuper avant tout des malheureux à secourir, des souffrances à soulager, des malades à guérir.

Pourquoi, Messieurs, veut-on laïciser? On veut laïciser — le Conseil municipal de Paris le dit — dans l'intérêt des malades, et M. le directeur de l'Assistance publique le proclame très hautement. Il dit que c'est là son but unique, son but exclusif. Eh bien, Messieurs, c'est aussi le nôtre. Mais les députés de la Seine, dans la lettre qu'ils vous ont adressée, Monsieur le Ministre, sont d'un autre sentiment, et il est bon que le Sénat sache en quels termes ils se sont exprimés en vous écrivant. Le Sénat et M. le Ministre me permettront de leur lire les paroles propres dont ils se sont servis.

Voici ce qu'ils disent : « La laïcisation des hôpitaux a pour objet de remplacer les congréganistes, ennemis irréconciliables de de la République, par des laïques intéressées à la défense de la société civile et par conséquent de la République. » (Rires à droite et au centre.) Vous le voyez, Messieurs, des malades il n'en est pas question. (Nouveaux rires à droite.)

M. le général comte ESPIVENT DE VILLESBOISNET. — C'est leur moindre souci!

M. DUPRE. — La politique, la religion sont seules visées, et c'est précisément cela que j'entends écarter. L'intérêt des malades, c'est le seul point de vue auquel je me place. Le Sénat voudra bien me permettre de négliger dans la discussion qui va suivre, la question financière et la question morale. Je les écarte pour ne pas fatiguer l'attention du Sénat, et aussi parce que sur ces deux points la lumière est faite. Tout le monde sait, et nos adversaires eux-mêmes en conviennent, que la laïcisation engage gravement les finances de la Ville. (Très bien! très bien! à droite.)

M. Georges MARTIN. — C'est une erreur absolue.

M. DUPRÉ. — Une infirmière laïque coûte au moins quatre fois plus qu'une religieuse. En ce qui touche la moralité, est-il possible de comparer les saintes filles qui ont fait vœu de pauvreté, vœu de chasteté, qui ont quitté le monde pour n'y jamais rentrer et pour s'en souvenir à peine, avec ces femmes dont je ne veux dire certes aucun mal, dont je ne veux pas contester ni l'honnêteté ni l'intelligence? Mais elles n'ont quitté le monde qu'en conservant la liberté d'y rentrer, elles y retournent quelquefois, s'en souviennent toujours et sont exposées à en subir les tentations; souvent aussi, chose plus grave, elles y sont enchaînées par les liens les plus étroits de la famille, un mari, des enfants, etc.; sur ces points, nulle contestation, nulle contradiction. L'important est de savoir si lorsque les infirmières laïques auront remplacé les religieuses, le calme, la régularité, la moralité de nos services seront mieux assurés, si les règles de l'hygiène seront mieux observées, si nos malades seront pansés avec plus de douceur, soignés avec plus d'intelligence, de dévouement, de sollicitude, si les ministres des divers cultes auront un plus libre accès dans nos salles, si les familles absentes seront mieux remplacées au chevet des mourants; enfin si, au moment de s'endormir de leur dernier sommeil, les infortunés entendront murmurer à leurs oreilles des paroles plus douces et plus consolantes. (Très bien! et applaudissements.)

A tout cela je réponds hardiment : Non, non, il n'y a aucun intérêt à laïciser nos hôpitaux ; nos malades n'auraient rien à y gagner, ils auraient tous à y perdre. Je réponds : Non, avec ma vieille expérience, et mes relations de plus de 40 années avec les sœurs de Saint-Vincent-de-Paul dans un hôpital où toutes les difficultés administratives sont accumulées, puisque cet hôpital est civil, militaire et le siège des cliniques de la Faculté de médecine. Pendant près d'un demi-siècle je n'ai, je l'atteste, jamais entendu adresser aux sœurs, à leurs habitudes, aucun reproche sérieux. Mais par contre j'ai souvent entendu l'autorité militaire les combler d'éloges et de témoignages de respect d'admiration, de reconnaissance, comme l'autorité civile et l'autorité universitaire. Il en est même deux qui ont été décorées devant moi sous des régimes fort divers.

M. ALLAIN-TARGÉ. j'en ai décoré une.

M. BLAVIER. Tant mieux! Vous avez donc reconnu leur mérite?

M. BUFFET. La décoration précède l'expulsion.

M. DUPRÉ. Je me trompe pourtant quand je dis qu'on ne leur a jamais fait aucun reproche. Il en est un sur lequel on a beaucoup insisté, et qu'il importe de signaler. La pharmacie centrale des hôpitaux de Montpellier était depuis plus d'un siècle dirigée par les sœurs de Saint-Vincent-de-Paul. Ces dames avaient la grande habitude des manipulations pharmaceutiques, mais on leur reprochait de n'être pas des savantes, de n'en avoir ni les mérites, ni les titres qui les consacrent, d'être étrangères ou indifférentes aux progrès des sciences physiques et chimiques et d'histoire naturelle, absolument inhabiles aux nouvelles méthodes d'exploration, de recherches, d'analyse. Elles se concentraient dans leur vieille pratique. Cette situation paraissait surtout grave dans un hôpital d'enseignement clinique, et on y insistait pour y porter remède. L'administration des hôpitaux, frappée de la justesse de ces raisons, laïcisa le service de la pharmacie. Et savez-vous, messieurs, qui lui proposa et obtint cette grande modification, qui la réalisa avec le concours de ses collègues ? Ce fut moi-même. Ceci dit pour vous prouver que ce n'est pas en fanatique que je combats la laïcisation et que l'opportunisme peut avoir quelquefois du bon.

Je m'arrête sur le compte des religieuses ; si j'avais la témérité de recommencer leur histoire, je serais à tout instant prévenu par vos pensées, et les échos de cette Chambre vous rediraient, avant moi, les paroles éloquentes qu'elles ont si souvent inspirées. Mais, Monsieur le Ministre, que peut être mon unique et personnelle protestation à côté de ce grand mouvement, de cet immense élan qui a dicté la lettre que 114 médecins de Paris vous ont adressée, en vous suppliant au nom de l'intérêt des malades de ne pas laïciser les hôpitaux! Vous appréciez certainement comme moi-même la suprême légèreté, la souveraine injustice du Conseil municipal de Paris envers ces hommes si considérables.

M. Georges MARTIN. Je proteste absolument.

M. DUPRÉ. On a essayé de les flétrir en disant qu'ils étaient des sectaires, des cléricaux, des ennemis de la Républipue, alors que dans cette liste toutes les opinions politiques, toutes les opinions religieuses sont représentées par les noms les plus connus et les plus respectés. Ils n'ont pas besoin d'être défendus, et de l'être par moi, mais puis-je m'empêcher de reconnaître que ces hommes placés à la tête de nos hôpitaux sont les plus compétents dans la question qui nous occupe? Qui, mieux qu'eux, en connaît les besoins? Qui a étudié mieux qu'eux les moyens de les satisfaire? Faut-il rappeler que ces hommes ont conquis, publiquement et de haute lutte, les positions élevées qu'ils occupent, la considération dont ils jouissent, l'influence qu'ils exercent? Que ces hommes sont des membres de l'Institut de France, de l'Académie nationale et de la Faculté de médecine; des hommes auxquels la science et son enseignement doivent les progrès les plus remarquables? Leurs noms retentissent avec éclat dans les deux mondes, et je suis heureux et honoré d'y joindre le mien, quelque modeste qu'il puisse être. Ce sont ces hommes qui consacrent leur talent, leur temps et qui, chaque jour, exposent leur vie et la santé de leurs familles, dans l'intérêt de l'humanité. Signaler les dangers qu'ils courent, ce n'est pas une vaine formule de langage, destinée à vous émouvoir et à vous convaincre, c'est l'expression d'une cruelle réalité. Tenez, dans le moment même où je vous parle, j'ai l'esprit troublé et l'âme oppressée par deux événements qui viennent de se produire : l'un à Montpellier, dans mon propre service, l'autre à Paris, dans celui de M. Desnos, à la Charité. Deux jeunes hommes, pleins de vie, de force, de santé, deux internes également distingués de nos hôpitaux, devant lesquels s'ouvrait le plus brillant avenir, ont contracté, dans leurs services respectifs, à 800 kilomètres l'un de l'autre, une fièvre grave qui les a emportés en quelques jours. Ils ont été enterrés dans la même semaine. J'ai eu le regret de ne pouvoir les accompagner à leur dernière demeure. Que le Sénat me permette du moins d'adresser à la mémoire de ces deux victimes du devoir, M. Colombié, mon interne de Montpellier, M Ayrolles, interne de Paris, qui était de ma famille, avec un suprême adieu, l'expression profonde de mes regrets et de la reconnaissance publique. (Très bien! très bien!)

J'espère, Monsieur le Ministre, que vous apporterez la plus sérieuse attention à la déclaration de tels hommes, éminents, compétents et désintéressés. Ils vous disent, et je vous dis avec eux : arrêtez-vous dans cette voie ; la laïcisation des hôpitaux est un danger, ne vous la laissez pas imposer. Le texte positif de nos

lois vous donne le droit de *veto*. Je vous conjure d'en user, comme l'ont fait plusieurs de vos prédécesseurs, républicains comme vous.

A ceux qui vous la demandent, répondez : Nous refusons dans l'intérêt de nos malades. Si vous rencontrez quelques embarras momentanés, sachez les surmonter, ils s'évanouiront et vous n'aurez pas du moins laissé s'affaiblir en vos mains le pouvoir gouvernemental. (Très bien! très bien! et applaudissements au centre et à droite). L'orateur, en retournant à son banc, est vivement félicité par un grand nombre de ses collègues).

M. ALLAIN-TARGÉ, ministre de l'intérieur. — Messieurs, je ne viens point soutenir une thèse. Je ne viens point surtout adresser aucune espèce de critique ou de reproches aux religieuses dont l'éloge vient d'être fait si éloquemment par l'honorable M. Dupré. Je viens présenter au Sénat des observations très brèves, et, j'espère, très claires pour expliquer quelle politique sage et nécessaire a été suivie par mes prédécesseurs et adoptée par moi-même dans cette question de laïcisation des hôpitaux de Paris.

Comment la question est-elle née? Je vous demande la permission de vous le dire très brièvement. Il y a eu de tout temps, à Paris, des hôpitaux laïques et des hôpitaux congréganistes; ou, pour parler plus exactement, des hôpitaux dirigés par des laïques et exclusivement composés de laïques, et des hôpitaux dirigés par des congréganistes. Je dis dirigés et non desservis.

M. le baron de LAREINTY. — Pas dirigés!

M. le MINISTRE. — Je crois en effet que, dans l'opinion de beaucoup de personnes du monde, il y a une confusion qu'il importe de faire disparaître. Beaucoup de personnes pensent que, dans nos hôpitaux parisiens, les choses se passent comme elles se passent, peut-être, à l'hôpital de Montpellier, c'est-à-dire que le personnel des hôpitaux qu'on appelle « congréganistes » est, tout entier, congréganiste; que les soins, les véritables soins immédiats donnés aux malades sont donnés par des religieuses. Il n'en est pas ainsi. Les religieuses, dans nos hôpitaux, sont de véritables surveillantes : voilà pourquoi je me servais du mot « dirigés. » Elles sont chargées à la fois des fonctions d'administration et de surveillance.

M. LE PROVOST DE LAUNAY. — Par qui sont-elles chargées de cela? Par la loi? (A gauche : N'interrompez pas! Laissez parler?)

M. le MINISTRE. — Ce n'est pas, Messieurs, croyez-le bien, pour diminuer le mérite des sœurs que je donne ces explications; c'est pour que l'on soit exactement renseigné, c'est pour qu'on voie la question telle qu'elle doit être vue. (Marque d'approbation à gauche.) Les sœurs ont sous leurs ordres pour les soins immédiats, pour l'œuvre d'infirmières, un personnel très nombreux. Ainsi, dans l'hôpital Cochin, à propos duquel l'honorable M. Dupré m'adresse la question, il y a 14 sœurs seulement qui s'occupent de surveiller les salles des malades; elles ont sous leurs ordres 47 laïques qui sont véritablement les infirmiers et les infirmières, qui font la besogne. Les religieuses surveillent la salle, assurent l'ordre, donnent aussi des soins aux malades avec dévouement quand l'occasion s'en présente, surveillent les prescriptions médicales; mais enfin, elles ont sous leurs ordres un personnel laïque très nombreux qu'elles recrutent elles-mêmes. C'est le conseil de surveillance de l'Assistance publique qui les nomme sur leur présentation : elles ont droit de présentation.

Ces explications étaient nécessaires, Messieurs, parce que la question religieuse n'a peut-être pas le même caractère dans les hôpitaux de Paris que dans certains autres hôpitaux des départements.

Messieurs, la question de la laïcisation des hôpitaux ne s'est pas posée à Paris, on peut le dire, avant 1877, avant le 16 mai. J'aperçois ici un ancien Préfet de la Seine, il doit se souvenir que nous ne nous occupions pas, au début du Conseil municipal de Paris, de cette question de la laïcisation. C'est après le 16 mai que cette question est née, surtout qu'elle s'est irritée et envenimée, qu'elle a pris le caractère qu'elle a peut-être aujourd'hui. Est-ce la faute même du Conseil municipal? Je ne veux point le rechercher. Mais je crois nécessaire de constater que, si l'on a parlé de liberté de conscience en péril, si la question médicale, administrative hospitalière s'est compliquée d'une question religieuse irritante, il faut bien se rappeler à quelle date le mouvement d'opinion auquel on faisait allusion a commencé.

A cette époque, en 1877, il y avait environ un tiers des hôpitaux qui étaient exclusivement laïques. Le personnel des surveillantes, qu'il faut comparer au personnel des religieuses, était dans la proportion de 250 surveillantes laïques, contre environ 500 religieuses.

Je dis que c'est aux surveillantes qu'il faut comparer les religieuses. En effet, leur supériorité sur le personnel inférieur, sur le personnel placé sous leurs ordres, sur le personnel des infirmiers et infirmières, est incontestable. Mais je demande la permission de dire que le personnel qui doit être comparé à celui des religieuses, c'est-à-dire celui des surveillantes, est un personnel très compétent, très dévoué, qui a de très grandes vertus et auquel il serait absolument injuste de ne pas rendre hommage. (Très bien! très bien! à gauche.) Depuis 1877, la proportion s'est retournée. Il y a aujourd'hui 500 surveillantes laïques contre 315 religieuses qui restent dans nos hôpitaux parisiens.

La première laïcisation faite sur la demande du Conseil municipal eut lieu sous l'administration de M. Ferdinand Duval. Il s'était produit un mouvement très vif, né de la politique, je le reconnais, et qui s'était manifesté d'une manière entraînante au Conseil municipal. Ceci se passait en 1877. C'est sous le ministère de l'honorable M. de Marcère qu'on opéra la première laïcisation, celle de l'hôpital Laënnec.

M. Georges MARTIN. — On ne l'accusera pourtant pas d'être trop républicain!

M. le MINISTRE. — Depuis, en 1880, on a laïcisé l'hôpital de la Pitié; en 1881, les Ménages, Larochefoucauld, Saint-Antoine; en 1882, Lourcine et Tenon; enfin, en 1884, l'hôpital des Incurables.

Quelle politique avait été suivie par le Préfet et le ministre de l'intérieur, qui est responsable du Préfet, vis-à-vis de ce mouvement de laïcisation dont les représentants, élus de la population, la municipalité parisienne s'était faite l'interprète? Cette politique, je le dis, a été très sage, très temporisatrice, très prudente. On se trouvait en présence, non pas des injonctions du Conseil municipal, le Conseil municipal n'a pas le droit de faire des injonctions.....

M. PARIS. — Il en fait sans droit!

M. GEORGES MARTIN. — Je proteste de nouveau de la façon la plus formelle; j'étais au Conseil municipal et je sais ce qui s'y est passé.

M. le marquis de l'ANGLE BEAUMANOIR. — Nous sommes au Sénat, ici! nous disons ce que nous voulons.

M. LE MINISTRE... mais en présence d'une pression d'opinion exercée par les représentants élus de la population parisienne, non pas des gens du monde seulement, mais de la population parisienne qui va dans les hôpitaux, qui a ses préjugés, elle aussi, qui a ses idées, ses passions, qui tient à la liberté de conscience. Eh bien! quels sont les droits du Conseil municipal? on me le demandait tout à l'heure. Non, le Conseil municipal n'a pas le droit, en effet, d'adresser des injonctions au gouvernement; mais il a bien le droit d'adresser des vœux, de faire connaître son avis. Jusqu'à quel point cet avis peut-il être obligatoire? C'est une question qui est aujourd'hui soumise au Conseil d'Etat, et sur laquelle il ne s'est pas encore prononcé. Ces droits ne sont pas, à l'heure qu'il est, exactement fixés ni limités.

M. le marquis de l'ANGLE BEAUMANOIR. — Quant on est pressé, on passe outre aux décisions du Conseil d'Etat.

M. LE PRÉSIDENT. — N'interrompez pas, Messieurs; on pose une question à M. le Ministre, il y répond en son âme et conscience; veuillez l'écouter en silence.

M. le MINISTRE. — Croyez-vous que mes prédécesseurs eussent bien fait de se mettre au conflit avec le conseil municipal, avec la population Parisienne?

M. de GAVARDIE. — Mais non; il n'y a pas une seule pétition de la population parisienne.

M. le PRÉSIDENT. — Monsieur de Gavardie, si vous continuez à interrompre, je serai forcé de vous rappeler à l'ordre.

M. de GAVARDIE. — Il n'y a pas une seule pétition! (Bruit).

M. le PRÉSIDENT. — Monsieur de Gavardie, je vous rappelle à l'ordre.

M. le MINISTRE. — On a lu tout à l'heure une lettre signée, non pas à l'unanimité, mais par un grand nombre des députés de Paris. Oui, il est certain qu'il y a un mouvement de laïcisation; que l'opinion parisienne y est favorable; le premier devoir du gouvernement était de s'informer, de se donner le temps de bien constater qu'il avait affaire à un véritable mouvement d'opinion de la population parisienne, et non pas seulement à une pression, d'un caractère plus ou moins accidentel et violent de la majorité du conseil municipal. Car, enfin, le conseil municipal a ses droits. Si l'on peut discuter sur leur étendue, on ne peut pas les nier absolument. L'Assistance publique a besoin d'argent; elle a sa dotation; elle dépense environ 36 millions par an; sur ces 36 millions, la moitié, c'est-à-dire 18 millions sont fournis par le conseil municipal sous forme de subvention votée par lui.

Cette subvention est-elle obligatoire? C'est là la question soumise au Conseil d'Etat. Mais je dis que quand un conseil municipal sort de l'élection, qui a posé la question au suffrage universel, aux électeurs parisiens — non pas une fois, car nous avons eu depuis trois ou quatre élections successives — quand, dis-je, un conseil municipal persiste, quand il dit : je donne mes 18 millions, mais je demande que la liberté de conscience de la population parisienne libre penseuse soit, dans mes hôpitaux comme dans mes écoles, respectée d'une certaine manière, il faut des raisons bien graves pour que le pouvoir ministériel, je ne dis pas, ne cède pas à la pression, mais ne réfléchisse pas. Eh bien, il a réfléchi, mes prédécesseurs ont réfléchi : et lorsque le gouvernement a bien constaté qu'il avait affaire à un mouvement d'opinion parisien, à

un mouvement de la population parisienne, je le répète, qui a besoin des hôpitaux qui va dans les hôpitaux?...

M. BUFFET. — Demandez l'avis des malades.

M. le MINISTRE. — Mais certainement demandez l'avis des malades ;il ne s'agit pas de l'opinion des gens du monde.

M. de Gavardie. — C'est le Conseil municipal des malades. (Bruit).

M. le MINISTRE... le gouvernement, dis-je a pris ses précautions et ses garanties. Il a adopté comme règle de ne pas céder, de ne pas faire une grande réforme, de ne pas consentir à une transformation faite, immédiatement faite sur une table rase ; mais il a voulu prendre ses précautions et ses garanties pour que ni la liberté de conscience des catholiques d'abord, ni l'administration, ni l'intérêt hospitalier ni l'intérêt administratif, ni l'intérêt financier n'eussent à souffrir. Il n'a voulu laïciser que peu à peu ; on a laïcisé chaque année un ou deux hôpitaux seulement.

UN SÉNATEUR A DROITE. — Pour faire durer le plaisir plus longtemps.

M. le MINISTRE. — On a voulu que la liberté de conscience des catholiques et des malades appartenant à tous les cultes fût absolument respectée. On parlait tout à l'heure des aumôniers. Si les aumôniers ont été déjà supprimés, il y a longtemps, en 1881, l'administration a voulu et le préfet y a tenu la main que le service fût assuré dans tous les hôpitaux de Paris. Il y a un prêtre qui vient tous les dimanches célébrer le service religieux ; tous les samedis il se met à la disposition de ses malades. Chaque fois qu'il est fait appel aux prêtres, soit par un malade, soit par un parent ou les amis d'un malade, le prêtre est immédiatement mandé ; et une fois qu'il a été appelé au lit d'un malade. il peut revenir sans autorisation particulière, sans rencontrer aucune espèce d'obstacle ; par conséquent la liberté religieuse est assurée. (Très bien ! à gauche). C'était, du reste, le devoir des ministres de s'assurer qu'il en serait ainsi.

Maintenant, au point de vue médical, au point de vue hospitalier et administratif, il ne fallait pas que les religieuses fussent instantanément remplacées par un personnel inférieur, par de simples infirmiers ou infirmières, et il a été adopté comme règle par l'administration, par le conseil de surveillance de l'Assistance publique, que l'on ne ferait de laïcisation qu'au fur et à mesure qu'on se serait assuré d'un personnel supérieur, d'un personnel comparable sous tous les rapports aux religieuses qu'il s'agissait de remplacer. Trois écoles d'infirmières ont été successivement créées : une à Bicêtre, une autre à la Salpêtrière, une autre à la Pitié. Depuis 1879 des cours ont lieu et un enseignement pratique est donné dans ces trois hôpitaux. Il y a aujourd'hui 2.214 infirmiers ou infirmières qui ont passé par ces hôpitaux. Mais à côté de l'enseignement théorique et pratique qui est donné à tous, il y a un enseignement supérieur, celui des surveillantes. Ces écoles d'infirmières distribuent en effet des diplômes.

En 1883 — j'ai les dates et les chiffres sous les yeux — en 1883 Bicêtre a déjà délivré 22 diplômes, l'école de la Salpêtrière 49, celle de la Pitié 43 ; total 114. C'est avec ce personnel et à mesure qu'on crée que les sœurs sont remplacées. L'honorable M. Dupré me permettra de lui faire remarquer que toutes les précautions sont prises pour que, au point de vue hospitalier médical, les malades n'aient pas à souffrir du remplacement des sœurs. Mon Dieu ! je ne veux pas entrer dans des considérations générales, répondre aux réflexions éloquentes que vous avez entendues ; ces questions sont irritantes, les gouvernements ont le devoir de ne pas les rechercher.

Je ne me ferai pas ici de la popularité en entreprenant l'éloge de la laïcisation au détriment des soins donnés aux malades par les sœurs ; je dirai seulement ceci. Le gouvernement a prudemment agi en prenant toutes les précautions et toutes les garanties pour que, à aucun point de vue, les hôpitaux de Paris, ni les malades n'eussent à souffrir du remplacement des religieuses. Il a pris toutes ses précautions pour que la liberté de conscience fût sauvegardée, et je crois que sa politique doit être approuvée par la majorité du Sénat tout entier. (Très bien, très bien à gauche).

M. BLAVIER. Et la réclamation des médecins, vous n'en parlez pas?

M. LE MINISTRE. Les médecins sont partagés ! (Réclamations à droite).

M. BUFFET. Il y en a trois fois plus contre la laïcisation!

M. BLAVIER. C'est le ministre de l'intérieur qui les départage !

M. LE MINISTRE. Je n'ai pas cette prétention !

M. DUPRÉ. Je demande la parole.

M. LE PRÉSIDENT. La parole est à M. Dupré.

M. DUPRÉ. Messieurs, je ne dirai qu'un seul mot pour répondre à M. le ministre. Il a dit qu'il ne se passait pas à Paris ce qui se passe à Montpellier, c'est-à-dire que les religieuses ne donnent pas des soins immédiats, aux malades, mais que ce sont des auxiliaires d'un ordre secondaire et inférieur. Je demande pourquoi, les choses étant ainsi, la grande majorité des médecins de Paris réclament? (Très bien ! à droite).

Un sénateur à gauche. — Ce n'est pas la question.

M. DUPRÉ. Y a-t-il un seul médecin des hôpitaux de Paris qui, ayant des religieuses dans son service, ait demandé des laïques ? — Je n'en connais pas.

M. LE MINISTRE DE L'INTÉRIEUR. Il y en a un très grand nombre (Bruits et réclamations à droite).

PLUSIEURS SÉNATEURS à droite. Citez donc les noms !

M. LE MINISTRE DE L'INTÉRIEUR. Nous ne sommes pas ici pour donner des noms de médecins !

M. DUPRÉ. Voilà ce que j'avais à répondre à M. le Ministre sur ce point. J'ai entendu dire, messieurs, — et je crois que c'est M. le M. Ministre qui l'a dit lui-même, dans tous les cas cela a été répété par un de nos collègues de la gauche, — que le Conseil municipal ne donnait pas des ordres à M. le directeur général de l'Assistance publique. Eh bien, messieurs, l'ordre de laïciser l'hôpital Cochin a été donné ; il n'y a qu'à relire les procès-verbaux du mois de novembre et du commencement de décembre pour être convaincu que je n'ai rien exagéré en disant que c'était un ordre absolu, un ordre des plus impératif qui a été donné à M. le directeur de l'Assistance publique (Très bien, très bien au centre et à droite).

M. BUFFET. Et sans aucun droit.

M. LE PRÉSIDENT. L'incident est clos.

Thèses soutenues à la Faculté de Médecine.

Lundi 28. — M. Béhier : Etude sur les méningites spinales chroniques.— M. Maron : Des lésions du rein produites par l'oblitération des artères rénales. — M. Gilles de la Tourette : Etudes cliniques et physiologiques sur la marche. La marche dans les maladies du système nerveux, étudiée par la méthode des empreintes. — *Mardi* 29. — M. Hervé de Lavaur : De la dyspepsie nerveuse ; traitement des vomissements alimentaires par le lavage de l'estomac et l'alimentation artificielle. — M. Raspail : Contribution à l'étude de la sitiophobie et de son traitement par le lavage de l'estomac. — M. Duflocq : Relation de l'épidémie cholérique observée à l'hôpital Saint-Antoine en 1884. — *Mercredi* 30. M. Hamonic : De la rectite proliférante vénérienne et non vénérienne. — M. Francon : De l'ostéomyélite insidieuse, ou premier stade de l'ostéomyélite tuberculeuse. — M. Hennocque : Contribution à l'étude du favus de la peau et des muqueuses.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 13 décembre au samedi 19 décembre 1885, les naissances ont été au nombre de 1149 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 460; illégitimes, 168. Total, 628. — *Sexe féminin* : légitimes, 378 ; illégitimes, 143. Total, 521.

MORTALITÉ A PARIS.— Population d'après le recensement de 1881, 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 13 décembre au samedi 19 décembre 1885, les décès ont été au nombre de 1012, savoir : 528 hommes et 484 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 12. F. 6. T. 18. Variole : M. 1, F. 1, T. 2. — Rougeole : M. 6, F. 10, T. 16. — Scarlatine : M. 1. F. 4 T. 5. — Coqueluche : M. 4. F. 1. T. 5.— Diphthérie, Croup : M. 20 F. 25, T. 45. — Dyssenterie : M. 0. F. 0, T. 0.— Erysipèle : M. 3, F. 3 T. 6.— Infections puerpérales : 9 — Autres affections épidémiques : M. ., F. ., T. .. — Méningite tuberculeuse et aiguë : M. 18 F. 19, T. 37. — Phthisie pulmonaire : M. 117, F. 64. T. 181. —Autres tuberculoses : M. 18, F. 10. T. 28.—Autres affections générales : M. 25, F. 33. T. 58.— Malformations et débilité des âges extrêmes : M. 24, F. 29. T. 53. — Bronchite aiguë : M. 19, F. 15, T. 34.— Pneumonie : M. 37, F. 40, T. 77. —Athrepsie : M. 33, F. 27. T. 6. — Autres maladies des divers appareils : M. 173, F. 177, T. 350. — Après traumatisme : M. ., F. ., T. .. — Morts violentes : M. 12, F. 4. T. 16.—Causes non classées M. 5, F. 7, T. 12.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 95 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 32; illégitimes, 20. Total : 52. — *Sexe féminin* : légitimes, 29 ; illégitimes, 14. Total : 43.

FACULTÉ DES SCIENCES DE BESANÇON. — M. FAIVRE-DUPAIGNE, agrégé des sciences physiques, est nommé préparateur de physique à la Faculté des sciences de Besançon, en remplacement de M. Bulle, démissionnaire.

HÔPITAUX DE BLOIS. — On demande un interne en médecine pour l'hospice civil de Blois ; une place est vacante à l'Hôtel-Dieu. Il suffit de justifier de douze inscriptions. S'adresser au receveur secrétaire des hospices de Blois.

TABLE DES MATIÈRES

N. B. — **Rechercher par ordre alphabétique, non seulement dans la succession régulière des lettres, mais aussi aux articles suivants :** Académie de médecine ; — Académie des sciences ; — Association française ; — Congrès ; — Société d'anthropologie. — Société anatomique ; — Société de biologie ; — Société de chirurgie ; — Société médicale, etc.; — Revues diverses et *Addenda.*

A

B

C

N

O

P

ADDENDA.

Paris — Imp. V. Goupy et Jourdan, rue de Rennes 71.